



DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE

# O ERRO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

---

Estudo de caso sobre as representações dos  
actores de uma unidade pós cirúrgica de um  
Hospital Português

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Ferrinho**

**Autora: Ana Mansoa**

II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento

**Abril 2010**



## II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento

# O ERRO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Estudo de caso sobre as representações dos  
actores de uma unidade pós cirúrgica de um  
Hospital Português**

Dissertação para obtenção de grau de Mestre

**Orientador:** Professor Doutor Paulo Ferrinho

**Autora:** Ana Mansoa

MARÇO 2010



"If the problems in the work environment are not addressed, nurses will not be able to sufficiently protect patients...."

American Nurses Association. (Setembro, 2002)

## **Agradecimentos**

Cabe-me agradecer à direcção e à comissão de ética do Hospital de Santa Marta (HSM) – Centro Hospitalar de Lisboa Central, pela autorização concedida, bem como ao director do serviço de cirurgia cardiotorácica, Prof. José Fragata, e à enfermeira chefe da unidade de cuidados intensivos, Enf.<sup>a</sup> Clara Vital, pelo apoio e colaboração prestados.

Quero ainda manifestar o meu sincero agradecimento ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Ferrinho, pela dedicação e competência com que me acompanhou ao longo destes meses.

O meu reconhecimento também a todos os docentes do II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do IHMT, pelos subsídios transmitidos ao longo dos semestres, bases fundamentais para o conhecimento adquirido. Agradeço em particular à Prof. Dra. Sónia Dias, à Prof. Dra. Luzia Gonçalves e à Mestre Isabel Craveiro, que me acompanharam mais de perto nesta etapa fundamental.

Um honroso agradecimento a todos os enfermeiros que participaram nos grupos focais, não só na fase de recolha de dados, mas também na realização do estudo piloto, pela disponibilidade e colaboração demonstradas. Sem eles não teria sido possível a realização deste estudo. Quero manifestar também o meu sincero agradecimento à minha colega e amiga Mónica Rodrigues, pela forma dedicada com que aceitou o desafio de co-moderar os grupos focais.

Quero ainda agradecer de modo especial à minha mãe, ao Diogo, e a todos os que de forma indirecta contribuíram para a realização desta dissertação.

## **Resumo**

---

Estima-se que em Portugal existam entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas prestadoras de cuidados médicos, mais mortes do que por acidente de viação, 1145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 873 no mesmo ano.

Vários autores afirmam que os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem uma grande parte seu do tempo com os utentes.

A complexidade das funções desempenhadas, o stress, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados intensivos são reconhecidos como factores indutores de erros humanos e do sistema.

Recorrendo a uma abordagem do tipo qualitativo, procurou-se compreender o erro em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) dando voz aos actores directamente envolvidos. O método seguido foi o estudo de caso, através do qual se pretendeu conhecer em profundidade o fenómeno em estudo, utilizando como técnica o grupo focal, procedendo-se à posterior análise de conteúdo das gravações transcritas.

Foi possível constatar que os enfermeiros dão principal relevância aos erros de execução, comunicação e violação de procedimentos, considerando na sua maioria que os erros de execução se devem geralmente a lapsos e falhas, enquanto os erros de planeamento e violação de procedimentos têm origem essencialmente em falhas de informação e conhecimento. Embora pareça existir uma visão sistémica do erro, as consequências surgem frequentemente associadas ao profissional implicado.

## **Abstract**

---

It is estimated that in Portugal occur between 1330 and 2900 deaths per year due to errors made by teams providing medical care, more than by car accidents, 1145 in 2006, or due to the human immunodeficiency virus (HIV), 873 during the same year.

Several authors defend that nurses are responsible for a greater number of preventable adverse events than any other health professional. These results from two facts: nurses represent a significant percentage of the human health resources and, more than any other professional group, spend most of their working time with patients.

The complexity of functions performed, the stress, the unpredictability and high technology featuring an intensive care unit induce human and system errors.

Using a qualitative approach, we tried to understand the phenomenon of nursing error in an Intensive Care Unit (ICU) giving voice to those directly involved. The method used was the case study, trying to understand in depth the phenomenon under study, using as technique the focus group, proceeding to content analysis of the recorded and transcribed group discussion.

It was observed that nurses give great emphasis to execution errors, and procedural violations, considering in general that execution errors are due to lapses and failures, and planning errors and procedural violations, to communication errors and lack of knowledge. There seems to be a systemic view of the error, although the negative consequences arise often associated with the professionals involved.

## **Palavras chave**

Erro; Enfermagem; Enfermeiro; Cuidados Intensivos; Grupo focal; Hospital; Portugal

## **Key words**

Error; Nursing; Nurse; Intensive Care; Focus Group; Hospital; Portugal

## Índice

---

<b>Agradecimentos.....</b>	4
<b>Resumo.....</b>	5
<b>Palavras-Chave.....</b>	6
<b>Lista de Figuras.....</b>	9
<b>Siglas e Abreviaturas.....</b>	10
<b>Introdução .....</b>	11
Contextualização/ fundamentação	11
<b>Compreender o erro em enfermagem</b>	15
Qualidade e segurança	15
O erro humano	16
As consequências do erro	17
O erro e enfermagem	18
Erro em cuidados intensivos	20
<b>Problemática e definição dos objectivos</b>	23
Problemática	23
Objectivo geral	25
Objectivos específicos	25
<b>Quadros de referência.....</b>	26
Processo de Enfermagem e o Modelo de Virgínia Henderson	26
O processo do erro	29
<b>Material, população e métodos.....</b>	34
Desenho de estudo	34
Seleccção e caracterização dos participantes	35
Recolha de dados	37
Análise de conteúdo	40
Validade e fiabilidade	41
<b>Considerações éticas e legais e conflitos de interesse</b>	43
<b>Resultados</b>	46
Existência de erro	47
Tipos de erro	47
Causas de erro	52
Factores activos	52
Factores latentes	59

Consequências do erro	69
Erro e período do dia e de internamento	73
Erro e senioridade	74
Erro e funções de enfermagem	75
<b>Discussão.....</b>	<b>76</b>
<b>Considerações finais e recomendações.....</b>	<b>82</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>84</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>90</b>
I – Carta de pedido de colaboração	91
II - Consentimento Informado	94
III – Guião do Grupo focal	96
IV – Caracterização socioprofissional dos participantes	99
V- Carta de pedido de colaboração – Estudo piloto, pré teste	101
VI – Consentimento Informando – Estudo piloto, pré teste	103
VII – Quadro sinóptico – variáveis atributo	105
VIII – Parecer da comissão de ética do HSM	107



## **Lista de Figuras e Quadros**

---

**Figura 1** – Problemática

**Figura 2** - Quadro de Referência I

**Figura 3** – Quadro de referência II

**Figura 4** – Quadro de Referência III

**Quadro 1** – Erros activos

**Quadro 2** – Factores Activos

**Quadro 3** – Factores latentes potenciadores de erro

**Quadro 4** – Consequências dos erros

## **Siglas e Abreviaturas**

---

**AHA** - American Hospital Association

**AHRQ** - Agency for Healthcare Research and Quality

**ANA** - American Nurses Association

**EUA** - Estados Unidos da América

**HRET** - Health Research & Educational Trust

**HSM** - Hospital de Santa Marta

**ICN** - International Council of Nurses

**IHMT** - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IOM** - Institute of Medicine

**ISMP** - Institute for Safe Medication Practices

**JCAHO** - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NHF** - Necessidades Humanas Fundamentais

**NHS** - British National Health Service

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SP-SQS** - Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**UCI** - Unidade de cuidados intensivos

## **Introdução**

### **Contextualização/Fundamentação**

A *qualidade e segurança* têm sido reconhecidos como factores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efectivos e eficazes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008, p.4) afirma que um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”. Esta definição abrange as três perspectivas de qualidade: qualidade do doente (o que os doentes desejam e experienciam); qualidade profissional (o que os doentes necessitam e a aplicação das melhores práticas) e gestão da qualidade (eficazmente e através da elaboração de normas e regulamentos).

A segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores/formadores, governos, ordens profissionais, associações, etc. (Ballard, 2003, p.1).

O comité de peritos em segurança e qualidade nos cuidados de Saúde da União Europeia (SP-SQS), citando Kohn (2000) e AHA & HRET & ISMP (2002), define *segurança* do doente como a liberdade de danos acidentais durante o curso dos cuidados médicos; actividades que evitem, previnam ou corrijam os resultados adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde; a identificação, análise e gestão de incidentes e riscos para o utente, de modo a tornar os cuidados mais seguros e minimizar os danos aos utentes (SP-SQS, 2005, p.8).

A criação pela OMS da World Alliance for Patient Safety em 2004 é a evidência da preocupação crescente face ao problema da segurança do doente, sendo a incidência de erros reconhecida como uma injúria a esse equilíbrio e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados.

Reason (1997, p.71), citado pelo SP-SQS, entende por *erro* um termo genérico que abrange todas as ocasiões em que uma sequência planeada de actividades físicas ou mentais não consegue atingir o seu fim pretendido, e quando estas falhas não podem ser atribuídas ao acaso (SP-SQS, 2005, p.4).

A par das consequências reais ou potenciais para a saúde do indivíduo, e dos custos directos como a factura associada a despesas em saúde, existem custos indirectos suportados pelos implicados em resultado de *efeitos adversos evitáveis*, definido pelo Institute of Medicine (IOM, 2007, p.2) como danos resultantes de erros cometidos por profissionais de

saúde). A perda de confiança nos sistemas de saúde por parte dos cidadãos ou a diminuição da satisfação de profissionais de saúde e doentes, representam alguns destes custos importantes. O desconforto físico e psicológico sentido pelos doentes que vivem estas experiências, a perda de autoconfiança, desmotivação e frustração dos profissionais de saúde, ou a diminuição de produtividade, subsídios de doença e custos pessoais em cuidados de saúde que atingem desta forma a sociedade, demonstram por si só a magnitude da importância desta abordagem (IOM, 2007, p.40). O erro representa ainda, em si mesmo, um custo de oportunidade, uma vez que o investimento feito em meios de diagnóstico e tratamento como consequência de efeitos adversos evitáveis representa uma diminuição de verbas disponíveis para outras áreas.

Embora não existam dados nacionais disponíveis, e partindo do pressuposto de que as instituições de saúde portuguesas se comportam como as suas congéneres americanas, Fragata e Martins (2004, p.30) estimam que em Portugal existam entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas que prestam cuidados médicos. Estes valores teriam uma relevância significativa nas causas de morte em Portugal, uma vez que significariam mais mortes do que por exemplo devido a acidente de viação, 1145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) 873 no mesmo ano (INE, 2007, p.143).

Segundo refere a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006, p.2), desde o Relatório do IOM (“To Err is Human: Building a Safer Health System”, 1999) que identifica como uma importante causa de morte o erro médico, e dos estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), tem vindo a ser crescente a evidência da relação de eventos adversos com os cuidados de enfermagem, tais como, quedas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais, readmissões, etc.

“A detecção e o reporte de eventos é de importância crucial para a prevenção do erro em qualquer organização complexa, mas a conduta em presença do erro ocorrido é igualmente crucial – uma culpabilização e repressão sistemática leva possivelmente a uma melhoria transitória mas não remove as suas causas individuais e sobretudo as causas devidas ao sistema, pelo que perpetua o chamado «ciclo do erro»” Fragata e Martins (2004, p.21). Mas é também verdade que esta detecção precoce só será possível na medida em que todos os envolvidos estejam envolvidos na problemática, sendo para isso basilar uma cultura individual e organizacional de desenvolvimento da qualidade técnica dos cuidados através da identificação, controlo e prevenção do erro.

Interessa, por isso, saber se existe esta cultura nas organizações portuguesas e se os profissionais de saúde, mais particularmente os enfermeiros, reconhecem o erro como uma variável evidente, e como se posicionam perante essa incontornável evidência.

Como afirma França (2005, p.24): “(...) erros humanos no quadro de sistemas pobres e ineficientes podem provocar danos sérios a doentes e profissionais. Práticas clínicas frágeis, deficiente comunicação entre profissionais, formação insuficiente ou desadequada, insuficiência de protocolos e a falta de consideração pelas consequências da fadiga dos profissionais constituem os factores mais frequentes do aumento do risco inerente à prestação dos cuidados de saúde. Esta situação, não sendo exclusiva dos cuidados de agudos, acontece em todos os níveis de cuidados e de tipologia das organizações de saúde.”

A OMS (2008, p.19) sugere que a qualidade e segurança do doente a que é feita referência anteriormente, pode ser avaliada através de reclamações e nível de satisfação dos mesmos, sendo no entanto necessário avaliar os doentes que não tiveram acesso a cuidados preventivos ou tratamentos profissionalmente adequados, recolher indicadores de resultados clínicos e relatórios de erro para avaliar a qualidade e segurança profissional. As falhas ou imperfeições de sistemas de gestão empenhados são muitas vezes identificados através de relatórios de participação de erros.

Tendo em conta os estatutos da OE (DL n.º 104/98) e o código Deontológico profissional (DL n.º 104/98, secção II), o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Desta forma, apenas através de uma abordagem abrangente e transparente do erro é possível promover a segurança do utente, prestando-lhe cuidados de qualidade.

Parece, aliás uma evidência, que os cuidados de enfermagem estejam inevitavelmente envolvidos na segurança dos doentes, como factores protectores mas também ameaçadores. Não só os enfermeiros são os profissionais que mais tempo estão junto dos doentes, como também representam 30,7% do número total de recursos humanos da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Florence Nightingale, para muitos reconhecida como a “mãe” da enfermagem, defendia já em 1859 a segurança nos cuidados de enfermagem, propondo que os enfermeiros através da sua prática colocassem o doente na melhor condição possível para que a natureza actuasse sobre ele. A American Nurses Association (ANA) afirma também que uma característica essencial da enfermagem é a prestação de cuidados que promovam a relação saúde e tratamento.

Ootim,B. (2002, p.26) confronta-nos, porém, com uma infeliz realidade: afirma que uma breve revisão da literatura evidencia o contraste entre o volume de literatura disponível sobre o processo do erro médico e o pouco que tem sido escrito sobre o erro em enfermagem.

Considero, por isso, de fundamental importância que os enfermeiros se esforcem por fortalecer a relação enfermeiro-doente, e usem os resultados da investigação de modo a proporcionar mais segurança nos cuidados prestados. Aprender como identificar e classificar eventuais erros é em si mesmo uma forma de promover a segurança dos doentes.

Este trabalho encontra-se organizado em seis grandes capítulos: o capítulo I é dedicado a conhecer o impacto da ocorrência de erro na segurança dos doentes, reconhecida como um dos pilares da qualidade dos sistemas de saúde, sendo para isso essencial clarificar a noção de erro humano. São ainda apresentados estudos desenvolvidos sobre os determinantes e consequências do erro em saúde em diversos contextos, e particularmente em cuidados intensivos. Neste capítulo vamos conhecer em profundidade o que tem sido escrito sobre o erro em enfermagem, com a salvaguarda de que grande parte dos estudos disponíveis se refere a erros de medicação. No capítulo II são apresentados os quadros de referência do estudo, tendo por base o processo de enfermagem, o modelo de satisfação de necessidades humanas fundamentais proposto por Virgínia Henderson e o processo de ocorrência do erro. No terceiro capítulo são definidos a problemática que serve de base ao estudo e os objectivos geral e específicos formulados a partir do problema de investigação. Depois de definidos os objectivos são apresentados no capítulo IV a população, desenho de estudo e métodos de recolha de dados e de análise. Os capítulos V e VI são reservados à apresentação e análise dos resultados, organizados de acordo com os objectivos da dissertação. As considerações finais e recomendações de investigação futuras constituem o último capítulo - VII.

## **Compreender o Erro em Enfermagem**

*“Ladies and gentlemen, welcome aboard Sterling Airline's Flight Number 743, bound for Edinburgh. This is your captain speaking. Our flight time will be two hours, and I am pleased to report both that you have a 97% chance of reaching your destination without being significantly injured during the flight and that our chances of making a serious error during the flight, whether you are injured or not, is only 6.7%. Please fasten your seatbelts, and enjoy the flight. The weather in Edinburgh is sunny.”*

(Berwick and Leape, 1999)

*“Senhoras e senhores, bem-vindos a bordo do Voo Número 743 da Sterling Airline com destino a Edinburgh. Daqui fala o vosso piloto. A duração do nosso voo será de duas horas, e tenho o prazer de vos informar que têm 97% de hipótese de chegar ao destino sem ficarem significativamente feridos durante o voo, e que a probabilidade de cometer um erro grave durante o voo, quer vocês saiam feridos ou não, é de apenas 6,7%. Por favor apertem os vossos cintos, e disfrutem da viagem. Em Edinburgh está sol.”*

No caso da saúde em Portugal não é possível afirmar se os dados são mais ou menos animadores do que os do voo 743 da Sterling Airline, embora se estime que existam entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas que prestam cuidados médicos (Fragata e Martins 2004, p.30).

### **Qualidade e segurança**

A OMS (2008, p.4) considera um serviço de saúde de *qualidade* aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de modo seguro e sem desperdício”.

A segurança do utente é, por isso, um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores/formadores, governos, ordens profissionais, associações, etc., que devem assegurar cuidados de saúde seguros e a ausência de ameaças para os doentes (ANA, 2003, p.1).

Como já foi referido, *segurança* do doente é definida pelo SP-SQS como a análise e gestão de incidentes e riscos para o utente, de modo a tornar os cuidados mais seguros e minimizar os danos aos utentes.

A melhoria da qualidade dos cuidados exige, por isso o conhecimento, escolha e utilização de métodos específicos adaptados às circunstâncias. A OMS (2008, p.5) num conjunto de

orientações sobre o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança, define quatro grandes categorias de métodos a adoptar pelos sistemas:

1. Reforçar o papel dos doentes / consumidores e cidadãos; sugerindo que a abordagem do consumidor pode ser reforçada através da protecção dos doentes ou da regulamentação dos seus direitos, ou através de programas que envolvam os doentes e comunidades na melhoria da segurança e qualidade de diferentes formas;
2. Regulamentação e avaliação dos profissionais de saúde e serviços; propondo que entidades governamentais e não-governamentais dedicadas, possam instituir a acreditação e concessão de licenças aos profissionais de saúde;
3. Aplicação de normas ou orientações locais; exigindo às organizações supervisionar e incentivar a conformidade através de sistemas de gestão da qualidade;
4. Constituição de equipas de qualidade de resolução de problemas; que trabalham sobre problemas específicos utilizando simples métodos, ou "ferramentas de qualidade" para os quais tenham sido treinados.

## O erro humano

Ootim, B. (2002, p.26) afirma que a organização e o profissional partilham a responsabilidade de reflectir sobre as causas e os efeitos do erro.

O conhecimento dos factores humanos que determinam o erro são essenciais para compreender porquê e como as pessoas erram, de forma a desenhar sistemas de trabalho e equipamentos que se adaptem às limitações humanas, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erro (Rosa e Perini, 2003, p.337).

Até a década de 70, o erro humano era considerado inevitável e inacessível à investigação científica, tendo vindo a ser realizados estudos mais detalhados desde então, demonstrando que parece existir alguns mecanismos mentais que o explicam (Zipperer e Cushman, 2001 citados por Rosa e Perini, 2003, p.337).

Segundo Leape (1999, p.5), são apontados dois processos através dos quais o cérebro resolve os problemas: um modo automático, rápido, e outro mais lento, que exige actividade mental mais intensa, requerendo a aplicação de regras e conhecimento prévio da actividade. Quando os erros se relacionam com a dinâmica mental automática chamam-se *lapses*, e ocorrem devido a factores como cansaço, ansiedade, ruído, ou outros factores que desviem a atenção do indivíduo. Os erros que resultam dos processos mais elaborados de resolução de problemas ocorrem ou por défice de conhecimento (*engano baseado no conhecimento*) ou por



má interpretação do problema a ser resolvido (*engano baseado em regras*). Estes e outros conceitos serão detalhadamente explicados no próximo capítulo.

Reason (1990) citado pelo IOM (2007, p.54) define *erro* como “ a ocasião em que uma sequência planeada de actividades físicas ou mentais não consegue atingir o resultado pretendido, não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso.” De acordo com este autor, só se pode falar de erro quando existe uma intenção, o que significa que quando estamos perante um comportamento não premeditado, não estamos perante um erro. Esta tónica na intencionalidade é fundamental para percebermos o fenómeno uma vez que, e segundo Kohn (2000), o erro pode ser reconhecido como o fracasso de uma acção planeada ser concluída como previsto - *erro de execução* ou o uso de um plano errado para atingir um determinado objectivo - *erro de planeamento* (SP-SQS, 2005, p.4).

Quando ocorre um erro, a reacção imediata é procurar identificar o “culpado”. No entanto, geralmente os erros mesmo que aparentemente cometidos por apenas uma pessoa, resultam da convergência de múltiplos factores (IOM, 2007, p.49).

A análise profunda de todos os factores que intervieram no problema: recursos disponíveis, presença de normas e regulamentos, condições ambientais presentes, equipamentos envolvidos no problema, carga de trabalho da equipa presente no momento do erro, entre outros, leva ao conhecimento dos *erros latentes*, que se podem transformar em *erros activos* ou potenciá-los, nas diferentes etapas do processo (Rosa e Perini, 2003, p.338).

Concentrarmo-nos nos erros activos faz com que os erros latentes permaneçam no sistema, e que sua acumulação torne o sistema vulnerável a futuros erros.

## **As consequências do erro**

Dois estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), um no Colorado e Utah e outro em New York revelaram que a ocorrência de efeitos adversos atingiu respectivamente 2% e 3% das hospitalizações. Nos hospitais do Colorado e Utah, 6,6% dos efeitos adversos resultaram na morte do indivíduo, enquanto em New York o número de mortes atingiu os 13,6%.

Em ambos os estudos, metade dos efeitos adversos resultaram de erros e podiam ter sido evitados (IOM, 2000, p.1).

*Efeito adverso* é definido como um dano inesperado causado por cuidados médicos e não por um processo de doença (Michel, 2004, citado por SP-SQS, 2005. p9), enquanto *efeito adverso evitável* é definido como “dano resultante de erros cometidos por profissionais de

saúde” (IOM, 2007, p.2).

Segundo Thomas [et al.] citado pelo IOM (2007, p.41), os custos anuais dos efeitos adversos evitáveis nos EUA foi de cerca de 17 biliões de dólares em 1992 e o total de custos associados a efeitos adversos correspondeu aproximadamente 4% das despesas nacionais de saúde em 1996.

Estima-se, por exemplo, que os eventos adversos com consequências para os doentes custem ao British National Health Service (NHS) aproximadamente 2 biliões de libras por ano. (DOH 2000, citado por Cooper [et al], 2001), e de acordo com o IOM, muitas destas questões problemáticas resultam de efeitos adversos evitáveis.

Já foi referido que o erro em saúde representa outras consequências que se encontram para além da dimensão económica. O impacto social do erro manifestado pela diminuição da confiança do cidadão no profissional de saúde, e de forma alargada, na diminuição de confiança da sociedade nos sistemas, é sem dúvida uma das consequências preocupantes.

Para além disso, o impacto do erro nos próprios profissionais de saúde, pela diminuição de satisfação, desmotivação, sentimentos de culpa, ou penalizações administradas por sistemas frágeis, que centram a avaliação do erro no indivíduo, terão de forma cíclica um impacto relevante na segurança e qualidade dos cuidados.

Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119) num estudo sobre as consequências e estratégias de adaptação dos enfermeiros aos erros cometidos, identificaram que 64% dos enfermeiros responderam que os erros tiveram alguma consequência para os doentes. Quanto às consequências para os próprios, 73% dos enfermeiros sentiram-se zangados com eles mesmos, 42% sentiram-se zangados com outras pessoas, 66% sentiram-se culpados e 37% sentiram medo de represálias. Apenas em 18% dos casos os médicos e enfermeiro chefe foram informados.

Os erros constituem também um importante custo de oportunidade, não só pelo aumento do período de internamento, como também pelo investimento em novos meios de diagnóstico e tratamento, o que vai aumentar a despesa da saúde, comprometendo outros investimentos do sistema.

## **Erro e Enfermagem**

Para Reason (2000, p.768) é evidente que os determinantes do erro humano incluem muitas vezes factores subjacentes ao sistema de gestão do erro e à cultura organizacional de qualidade e segurança, embora ainda se verifique em algumas organizações que as acções

humanas com consequências adversas são atribuíveis apenas ao comportamento do indivíduo e não são consideradas eventuais falhas no sistema produtoras de erro.

Barbara Blakeney (2002, p.3), presidente da ANA afirmou perante o comité do IOM: "Se os problemas no ambiente de trabalho não são abordados, os enfermeiros não serão suficientemente capazes de proteger os pacientes". Blakeney referiu também ser importante identificar o que pode ser feito para criar um ambiente que promova a excelência na prestação de cuidados de saúde e que garanta a segurança dos utentes e melhoria dos resultados, garantindo também a segurança e a saúde dos enfermeiros e de todos os prestadores de cuidados.

Existem condições ambientais e do sistema que precipitam ocorrência de erros, sendo muitas vezes os profissionais forçados a trabalhar com tecnologia desajustada ou desenhos mal concebidos, que prejudicam o trabalho (Kosnik, Brown e Maund; 2007, p.27).

Nunes ([s.d], p.9) da OE, citando o International Council of Nurses (ICN) afirma que "existe uma evidência crescente de que os níveis inadequados de staff estão correlacionados com eventos adversos, tais como, quedas das camas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões. A escassez de recursos e um desempenho pobre do pessoal pela baixa motivação ou por insuficientes habilidades técnicas também são importantes para determinar a segurança das pessoas."

Simpson (2000, p.21), citando Berens diz que os enfermeiros são responsáveis por um maior número de mortes e danos provocados aos doentes do que qualquer outro profissional de saúde por passarem a maior parte do tempo com os doentes.

No estudo já mencionado de Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119), os autores perguntaram a 145 enfermeiros quais as causas, consequências e estratégias de adaptação dos enfermeiros aos erros cometidos. Quanto ao tipo de erro cometido, classificaram as respostas em quatro categorias de acordo com as fases do processo de enfermagem: comunicação, planeamento, intervenção e avaliação. 33% dos erros ocorreram durante a intervenção, 27-9% estavam relacionados com a comunicação, 27-9% relacionados com planeamento e 10-1% dos erros foram cometidos na fase de avaliação. As causas referidas são multi-factoriais, sendo que o factor mais comumente referido pelos enfermeiros foi o ambiente de stress, seguido do excesso de trabalho, défice de conhecimento e experiência, deficiente supervisão e suporte dos enfermeiros mais experientes.

Num outro estudo desenvolvido num Hospital brasileiro sobre os comportamentos dos enfermeiros face aos erros de administração de medicamentos, os autores Carvalho e Cassiani (2002, p.52) identificaram que a administração de um medicamento ao doente errado, por via

errada e na dose errada foram os erros mais frequentes, por esta ordem, corroborando o que Bueno [et al.] (1998, p.101-109) constataram no seu estudo, segundo o qual os erros mais presenciados pelos enfermeiros foram administração de fármacos ao doente errado, na dose errada e omissão de dose prescrita.

Num estudo português, que tinha como principal objectivo identificar as causas de erro de medicação, Diz e Gomes (2008, p.2) afirmam que o uso de abreviaturas na transcrição da medicação e o uso de seringas parenterais para a administração de soluções orais, são as principais causas de erro. Verificaram ainda que os enfermeiros, embora assumissem os seus erros, mostravam alguma resistência em fazê-lo perante o doente e a família e em lidar com o erro dos outros.

Outros estudos indicam que são os enfermeiros os principais responsáveis pela intercepção de grande número de erros de outros profissionais; um estudo sobre erro de medicação em dois hospitais nos EUA demonstrou que 86% dos erros cometidos por médicos, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos na disponibilização dos medicamentos aos doentes foram atempadamente interceptados pelos enfermeiros (Leape [et al.] , citado por IOM 2004, p.3).

Mas nem sempre os erros são evidentes e simples de identificar: num artigo publicado na revista *Critical Care Nurse*, Henneman (2007, p.32) refere que os erros relatados são na esmagadora maioria erros relacionados com a preparação ou administração de terapêutica, ficando muitos outros erros por relatar. Henneman sugere que para além dos motivos tradicionais para não relatar como a vergonha, falta de tempo ou dificuldade em aceitar o erro, a maioria dos erros não notificados correspondem a erros não reconhecidos, erros relacionados com factores culturais e organizacionais. A autora termina o seu artigo com uma afirmação perturbadora, dizendo que se acostumou tanto aos erros do sistema que deixou de os reconhecer como tal.

## **Erro em Cuidados Intensivos**

Médicos do American College of Critical Care Medicine afirmam que são os enfermeiros de cuidados intensivos que fazem a maior parte do trabalho de avaliação, vigilância e prestação de cuidados numa UCI (IOM, 2004, p.2), encontrando-se estas funções directamente relacionadas com a evolução clínica do doente.

A enfermagem tem um papel vital na UCI, e particularmente em UCI's pós-operatórias, na promoção de uma recuperação rápida, sem complicações e confortável, dos efeitos traumáticos da cirurgia (Phipps [et al.] 1998, p.503). Os cuidados de enfermagem neste

período crítico vão desde a manutenção da ventilação, circulação, equilíbrio hídrico e eliminação, à prevenção de complicações, promoção de conforto, alívio de ansiedade, entre outras.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), (2003, appendix 2) estima que nos EUA anualmente cerca de 4 milhões de indivíduos admitidos em unidades de cuidados intensivos sejam alvo de erros cometidos por profissionais de saúde.

Donchin [et al.] (2003, p.143-147) realizaram um estudo de incidência num Hospital de Israel, cujo objectivo era identificar a natureza e causas do erro humano numa UCI. Ao longo de quatro meses foi possível identificar 554 erros humanos entre os que foram declarados pelos profissionais (médicos e enfermeiros) e os observados pelos investigadores. Donchin [et al.] concluíram que a maioria dos erros cometidos se devia a falhas de comunicação entre médicos e enfermeiros (37%). Os investigadores puderam ainda constatar que 29% desses erros poderiam estar na origem de potenciais danos significativos no estado do doente ou mesmo da sua morte e que, em média, são cometidos mais erros por hora durante o dia do que à noite.

No estudo exploratório-descritivo em que se propunha identificar os erros de enfermagem no pós-operatório de doentes cirúrgicos, Chianca (2006, p.885) concluiu que o factor humano foi determinante na maioria dos erros identificados. Os enganos baseados na informação e as relações entre os profissionais foram outros aspectos identificados como importantes determinantes do erro. Chianca constatou ainda que a fase na qual ocorre o maior número de erros é a fase de planeamento.

Num estudo realizado por Beckman [et al.] (1996, p.320) em 7 UCI australianas, os autores identificaram 610 erros, dos quais 28% erros de medicação, 23% erros relacionados com procedimentos, 21% erros relacionados com o ambiente do paciente, 20% erros sobre as vias aéreas e 9% correspondiam a problemas administrativos.

Num estudo desenvolvido na Noruega sobre erros em cuidados intensivos, Flaateen e Hevroy (1999, p.614) constataram que os erros de administração de terapêutica via oral e endovenosa foram os mais frequentes, e que apenas uma pequena parte se relacionava com a utilização de equipamentos técnicos. A maioria dos erros não apresentou consequências para os doentes, graças a intervenções prontamente instituídas.

Rogerson e Tremethick (2004, p.169-175) num artigo sobre complicações iatrogénicas em UCI's de adultos, apoiando-se em diversos estudos internacionais, considera que os erros de enfermagem mais frequentes neste contexto se relacionam com administração de terapêutica, sendo a principal causa a inexperiência, agravada por supervisão insuficiente. A transferência

prematura de doentes com o objectivo de reduzir o número de recursos humanos ou aumentar o número de camas vagas, é também reconhecido pelo autor como fonte importante de erro.

Padilha (2001, p.94) refere outro estudo prospectivo desenvolvido no Brasil durante 18 meses com 517 doentes internados numa UCI: David, C. [et al.] constataram que 18,4% (95) dos doentes foram alvo *de iatrogenia*<sup>1</sup>, tendo sofrido um total de 120 complicações. Os autores do estudo identificaram que, no período antes do internamento os procedimentos invasivos foram as causas mais frequentes dos efeitos adversos enquanto que, durante o período de internamento, fármacos e procedimentos invasivos tiveram incidências equivalentes.

Outro estudo referido por Padilha (2001, p.93) desenvolvido na China sobre incidentes críticos relatados numa UCI de adultos durante o período de 3 anos, apontou como incidentes mais comuns os relacionados com a manipulação das vias aéreas, drenagens torácicas e catéteres, não se tendo observado consequências fisiológicas para os doentes em 54% dos incidentes.

Fragata e Martins (2004, p.99), referindo-se à realidade das unidades de cuidados intensivos, afirmam que “uma complexa interacção homem-máquinas de elevada tecnologia, a necessidade de monitorização prolongada, o padrão de trabalho em equipa, as situações de stress e uma enorme imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise, criam o ambiente propício para a ocorrência de erros.”

<sup>1</sup>“Qualquer condição indesejável que ocorra num doente como resultado do tratamento por um profissional de saúde. Relativo a uma doença ou prejuízo resultante de um procedimento, terapia ou outro elemento dos cuidados de saúde” (JCAHO, 2000 citado por SP-SQS, 2005, p.6).

## **Problemática e definição dos objectivos**

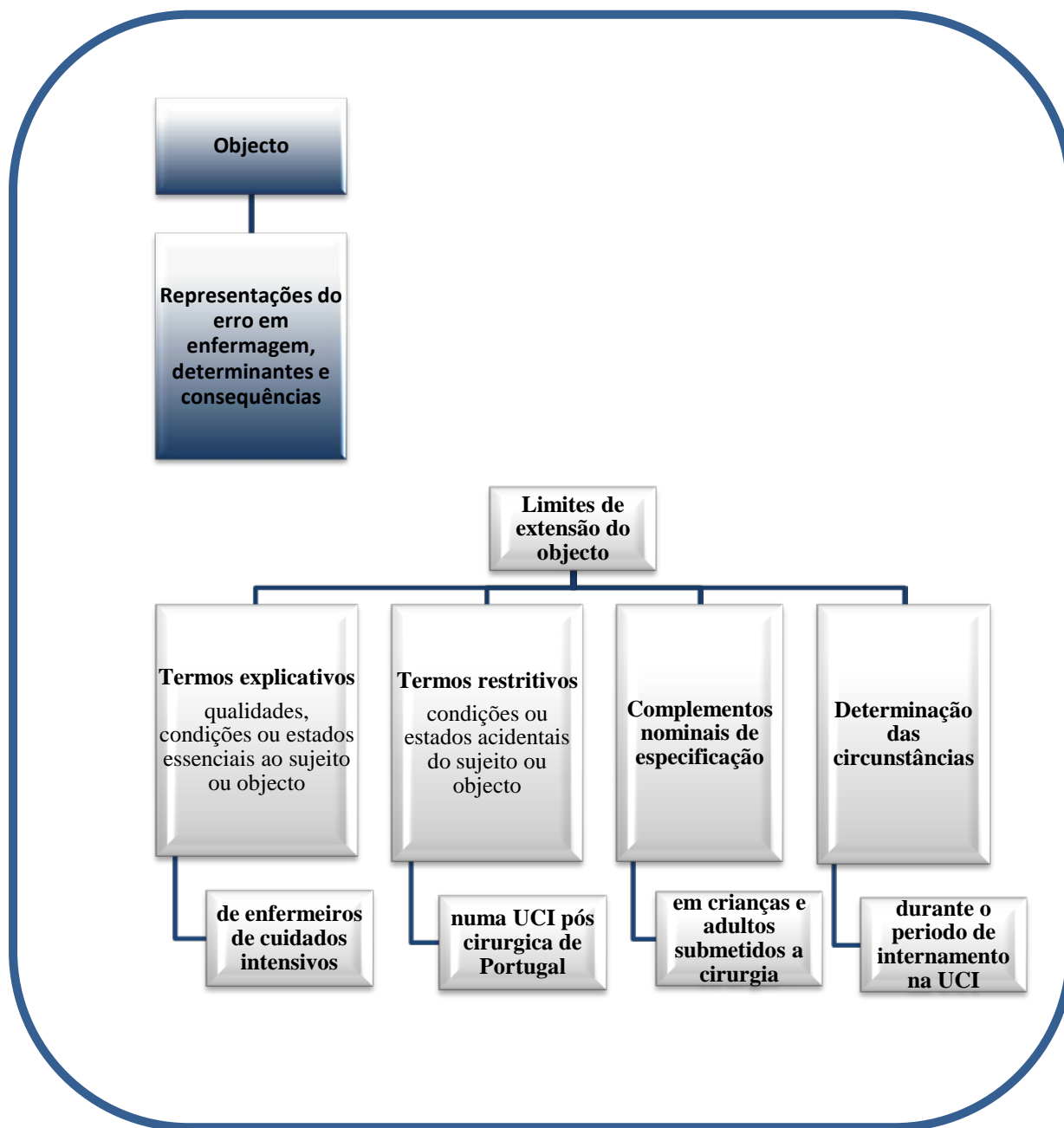
### **Problemática**

A escolha e formulação do problema de investigação correspondem, segundo Fortin (1999, p.38) à etapa inicial da fase conceptual do processo de investigação. Ela encontra-se baseada numa revisão de literatura que integra o problema no contexto de conhecimento presente. Lakatos (1994, p.161) citando Rudin (1978) refere que “formular um problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos deparamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, o objectivo da formulação do problema é torná-lo individualizado, específico, inconfundível.”

O domínio de investigação surgiu do campo da prática, uma fonte importante de questões a explorar (Fuller, citado por Fortin, 1999, p.49), uma vez que as experiências pessoais da mestrande enquanto enfermeira num contexto de cuidados intensivos suscitaram interrogações sobre o erro em enfermagem que se pretendia ver respondidas. Essas questões resultaram de observações de práticas e comportamentos, autoavaliações, processos de reflexão e análise crítica, tendo a pesquisa bibliográfica sobre o domínio do erro ajudado a definir o problema de investigação, uma vez que foi possível conhecer outros estudos feitos em populações idênticas ou utilizando métodos de investigação semelhantes.

A ausência de conhecimento sobre como os enfermeiros conhecem e identificam o erro na sua prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, motivou este estudo, levando à seguinte questão de investigação:

*Quais as representações dos enfermeiros sobre o erro, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos, adultos e crianças, internados numa unidade de cuidados intensivos pós cirúrgica?* (Figura 1).



**Figura 1 – Problema de Investigação**



## Objectivos

Fortin (1999, p.101) refere que “o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação”, devendo estar intimamente relacionado com o nível de conhecimento sobre o objecto de estudo.

Uma vez que existe pouco conhecimento científico sobre o erro em enfermagem no contexto nacional, e menos ainda no contexto de cuidados intensivos, o objectivo deste estudo será explorar o fenómeno em profundidade com vista a descrevê-lo o melhor possível, como um primeiro passo no processo de investigação.

### Objectivo Geral:

Até Março de 2010, conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos, adultos e crianças, internados numa unidade de cuidados intensivos pós cirúrgica.

### Objectivos Específicos:

1. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre *a presença ou ausência de erros* na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
2. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre *quais* os erros que ocorrem na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
3. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre o(s) *período(s) do dia* em que esses erros ocorrem;
4. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre o(s) *período(s) do internamento* em que esses erros ocorrem;
5. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre as *causas* de erro na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
6. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI pós cirúrgica de um Hospital português sobre as *consequências* dos erros de enfermagem que ocorrem na prestação de cuidados aos indivíduos internados.

## **Quadros de referência**

---

*“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work”*

*Reason, J. 2000*

Neste capítulo apresentamos os dois quadros de referência deste estudo: o primeiro, sobre o processo de enfermagem, descreve-o enquanto método científico, sustentado pelo modelo teórico de satisfação de necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson. A construção do segundo quadro de referência, que define o processo do erro, na sua génese e forma, teve como principal linha orientadora o modelo de Reason, também adoptado em diversos estudos internacionais, alguns dos quais já mencionados.

### **Processo de Enfermagem e o Modelo de Virgínia Henderson**

O processo de enfermagem é um dos pilares dos cuidados de enfermagem, uma vez que constitui fundamento do ensino, da prática e de investigação em enfermagem e, em consequência, do exercício da profissão (Sorensen e Luckmann, 1998, p.141). Os mesmos autores definem o processo de enfermagem como “uma serie de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas dos indivíduos” (Sorensen e Luckmann, 1998, p.141).

É, no fundo, um método científico de resolução sistemática de problemas dividido em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação, sem que exista um início ou fim rigorosos (figura 2).

Na etapa *avaliação inicial*, o enfermeiro é responsável pela recolha e análise de dados através da consulta de documentos, entrevista, avaliação física e psicossocial e revisão da literatura.

A recolha de dados leva-nos até à fase de *diagnóstico* que é entendida pela North American Nursing Diagnosis Association NANDA (1990, citada por Potter, 2006, p.324) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade, aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a selecção das intervenções de enfermagem que permitem a concretização dos resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

Depois de identificados os diagnósticos de enfermagem, inicia-se o *planeamento* dos cuidados, que inclui três componentes: diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenções. Nesta etapa são ainda definidos os horizontes temporais que balizam os nossos objectivos e são definidas prioridades dos cuidados.

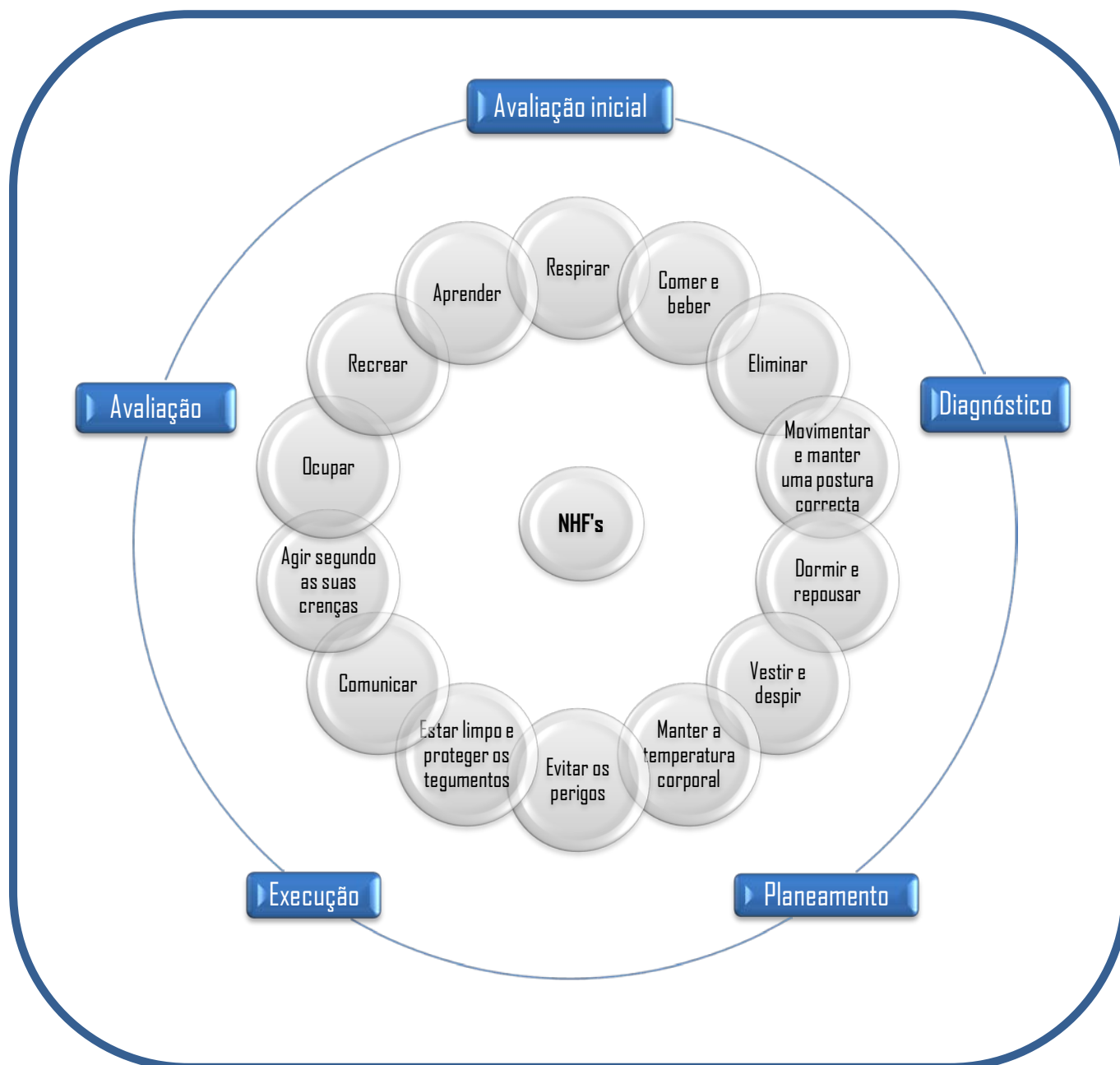
Embora existam diversos modelos teóricos que nos podem guiar na formulação e concretização do processo de enfermagem, e mais concretamente na fase de planificação dos cuidados, o modelo adoptado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e que serviu de base à minha formação de base foi o de Virginia Henderson, enfermeira do início do século XX.

Segundo esta teórica, a planificação de cuidados de enfermagem deve estar centrada em três postulados fundamentais: o de que todo o ser humano deseja a independência e tende para ela, que o indivíduo é um todo com necessidades fundamentais e que pelo facto de uma necessidade não estar satisfeita, o indivíduo não está completo nem independente (Adam,1994, p.30). Este modelo conceptual centra-se, então, na satisfação das seguintes catorze necessidades humanas fundamentais, nas suas dimensões bio-psico-socio-culturais: respirar; comer e beber; eliminar; manter a temperatura corporal; vestir e despir; estar limpo e proteger os tegumentos; movimentar-se e manter uma postura correcta; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; agir segundo as suas crenças; aprender, ocupar e recrear.

A fase que se segue, *execução*, é a fase “visível” do processo de enfermagem e refere-se à prestação de cuidados independentes ou interdependentes, supervisão de cuidados de outros, ensino, orientação e identificação de necessidades de encaminhamento.

A *avaliação*, sendo um processo contínuo, consiste na revisão da adequação dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções (Sorensen e Luckmann,1998, p.143).

A ainda vigente carreira de enfermagem, decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (capítulo II, secção I), tem por base estes princípios do processo de enfermagem.



**Figura 2 – Quadro de referência I** – O processo de enfermagem como um processo cíclico em que as cinco etapas estão inter-relacionadas e são interdependentes, tendo como base a satisfação das 14 necessidades humanas fundamentais.

## O processo do erro

Recordo a definição de erro proposta por Reason (1990) e adoptada pelo SP-SQS (2005, p.4), segundo a qual o *erro* deve ser compreendido como a ocasião em que uma sequência planeada de actividades físicas ou mentais não consegue atingir o resultado pretendido, não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso. O erro pode ser abordado segundo duas perspectivas diferentes: a abordagem individual e a abordagem do sistema (Reason, 2000, p.768).

A *abordagem individual* foca-se nos actos inseguros do indivíduo que se encontra no “final da linha”, ou seja, o prestador directo de cuidados, sendo nele depositada a responsabilidade pelos esquecimentos, falhas de atenção, motivação, negligência, etc.

Por outro lado, a *abordagem do sistema* reconhece o erro como resultado do alinhamento de falhas latentes e activas naquilo que Reason (2000, p.769) define como “queijo suíço”. Segundo esta abordagem, para compreender o erro não basta considerar os factores individuais mas também as condições do sistema em que o indivíduo actua. Um dos principais princípios desta abordagem é que o ser humano é falível e os erros podem acontecer em qualquer organização. Mais do que uma causa, o erro é então visto como uma consequência, estando a sua génese não só no ser humano mas, essencialmente em falhas sistémicas.

O quadro de referência que a seguir se apresenta (figura 2) foi construído com base na abordagem do sistema proposta por Reason e nas abordagens apresentadas pela OMS, IOM e AHRQ.

Começamos por nos centrar no *sistema*, definido como um conjunto de elementos interdependentes interagindo para atingir um fim comum, podendo esses elementos ser humanos e não humanos (equipamentos, tecnologias, etc.) (Kohn, 2000, citado por SP-SQS, 2005, p.11).

*Sistema de saúde* é definido pela OMS no relatório mundial de saúde de 2000 como o conjunto de todas as organizações, instituições, recursos e pessoas cuja principal finalidade é produzir acções de saúde (OMS, 2000, p.XI). No mesmo documento (OMS, 2000, p.XI) a OMS define acções de saúde como qualquer esforço, quer dos profissionais de saúde, serviços públicos de saúde ou iniciativas intersectoriais, cujo principal objectivo é melhorar a saúde. A mesma organização reconhece que fortalecer os sistemas de saúde significa abordar, entre outros, os principais constrangimentos relacionados com os profissionais de saúde, infra-estruturas etc.

Se considerarmos uma instituição de saúde como o nosso sistema, podemos observar que este se encontra protegido por defesas fortes (*hard*) e defesas fracas (*soft*). Defesas *hard* correspondem às barreiras físicas sobre as quais não se aplica a discricionariedade humana (alarmes, estrutura física, etc.), enquanto defesas *soft* correspondem a leis, regras, políticas, procedimentos, normas, etc. Uma vez que estas defesas *soft* fazem parte do construto humano, a

sua implementação, análise, e aplicação, ou ausência dela, podem ser vistas do ponto de vista individual.

Contra o que seria desejável, estas defesas do sistema têm falhas, como os buracos do “*queijo suíço*”, que ao se alinharem podem ser afectadas por erros activos ou latentes. Os erros activos, também denominados por Reason (2000, p.768-790) com erros no final de linha, ocorrem entre o indivíduo e algum dos componentes do sistema (por exemplo interface homem-material), e podem apresentar consequências claras para o indivíduo com quem se está em contacto. Os erros activos podem ser causados por lapsos, falhas, enganos ou violação de procedimentos. Um exemplo deste tipo de erro é um enfermeiro administrar cloreto de potássio quando a prescrição é cloreto de sódio, podendo trazer consequências catastróficas para o doente. Por sua vez, erros latentes correspondem a falhas menos visíveis do sistema que contribuem para a ocorrência de erros activos, como por exemplo, seguindo o caso anterior, quando a instituição de saúde adquire ampolas de cloreto de sódio e cloreto de potássio idênticas, e estas se encontram armazenadas em compartimentos contíguos, propiciando desta forma a ocorrência de erros activos.

A AHRQ, usando a metáfora de um bisturi, refere-se aos erros activos como os erros “*sharp end*”, erros no ponto nevrálgico, sendo estes os mais visíveis por serem cometidos pelo indivíduo que se encontra mais perto do doente. Por sua vez, os erros latentes poderiam ser chamados de erros “*blunt end*” usando a mesma metáfora, encontrando-se esses erros na outra ponta do bisturi, fazendo analogia às muitas camadas do sistema de saúde que afectam a pessoa que “segura” o bisturi, como por exemplo o contexto institucional, factores organizacionais e de gestão, entre outros. É importante referir que estes erros latentes estarão sempre presentes em qualquer sistema só se tornando, no entanto, visíveis quando alinhados com os erros activos, invadindo as barreiras que protegem o sistema, permitindo que o erro ocorra (Reason, 2000, p.769).

O erro, seja ele activo, latente ou violação de procedimentos, pode ser classificado como erro de omissão ou de comissão (JCAHO, 2002, citado por SP-SQS, 2005, p.4). Será um *erro de omissão* se resultar de uma acção não tomada, como por exemplo um enfermeiro que não proporciona alternância de decúbitos ao doente de forma a prevenir formação de úlceras de pressão, apesar de constar das prescrições de enfermagem; e será um *erro de comissão* se resultar de uma acção que é tomada, como proceder a um posicionamento do doente utilizando uma técnica incorrectamente.

Retomando a definição de Reason, segundo a qual para se verificar a ocorrência de erro é essencial que exista um plano, reconhecemos de imediato que existe uma fase de planeamento e uma fase de execução.

No que diz respeito à fase de planeamento, Fragata e Martins (2004, p.48) referem-se ao *erro de planeamento* como tendo origem num *engano*, uma decisão por um plano desacertado, da qual resulta uma acção errada. Este tipo de erro pode ser segundo Rasmussen (1984) citado pelos mesmos autores (2004, p.49) *baseado em regras* ou em conhecimento, este último definido para efeito neste trabalho como *engano baseado em informação e conhecimento*.

O engano baseado em regras é cometido quando se dá a má utilização de “regras boas” ou a utilização de “regras más”. O primeiro caso ocorre quando, por exemplo, um enfermeiro posiciona um doente em decúbito lateral com flexão dos membros inferiores, ignorando o facto de inviabilizar a correcta administração de fármacos pela via femoral que se encontra canalizada. O segundo caso dá-se quando, por exemplo, um enfermeiro aplica em situações que avalia como semelhantes, uma regra que considera adequada ou quando aplica uma regra mal concebida, por exemplo, aceitar uma prescrição médica via telefone.

Os enganos baseados em informação e conhecimento ocorrem ou quando a informação disponível é insuficiente ou incorrecta, como quando um enfermeiro vai administrar um fármaco e desconhece alergias do doente depois de consultar o processo, ou outras fontes de informação; ou quando o conhecimento teórico ou prático do próprio indivíduo sobre uma determinada situação é insuficiente. Um exemplo de engano baseado no conhecimento é quando um enfermeiro recém-licenciado se depara com uma situação nova, e toma uma decisão errada baseada em ponderações e raciocínios que lhe pareciam os mais correctos mas que não eram.

Na fase de execução podem ocorrer os *erros de execução*, baseados em *lapsos* e *falhas*. Estes erros estão relacionados com actividades automáticas, e resultam grande parte das vezes em falhas de atenção, levando a que uma acção não seja feita como planeada. A diferença entre falha e lapso é que a falha é visível, e o lapso não. Um exemplo de falha é quando um enfermeiro vai administrar a alimentação a um doente entubado nasogastricamente e a sua atenção é desviada por qualquer motivo, esquecendo-se de clampar a sonda nasogastrica, sendo a administração feita em drenagem passiva. Um lapso é quando o enfermeiro se tenta lembrar de como fazer a medição da sonda nasogástrica e não consegue. Mais raros são os erros de execução por excesso de atenção, que ocorrem quando, por exemplo, um enfermeiro experiente pretende exemplificar a canalização de uma via venosa periférica decompondo o procedimento, e não consegue. Quando estes lapsos ocorrem, o indivíduo pode não se dar conta que errou ou ao aperceber-se que errou, tentar aplicar uma regra já existente podendo errar de novo: engano baseado em regras.

Os erros por destreza (erros de execução) e pela aplicação de regras (enganos baseados em regras) são mais comuns em profissionais com maior experiência, sendo os enganos baseados na

informação e conhecimento mais comuns em profissionais menos experientes (Fragata e Martins, 2004, p.50).

No outro extremo dos erros de execução e planeamento surgem as violações de procedimentos, que são no fundo a transgressão de normas recomendáveis por parte dos profissionais. Para Fragata e Martins (2004, p.320), a violação de procedimentos não é, ao contrário do que se parece acreditar, sempre voluntária. A violação de uma regra pode ocorrer sem que o indivíduo tenha a intenção de subverter os princípios estabelecidos, e sem intenção de dolo.



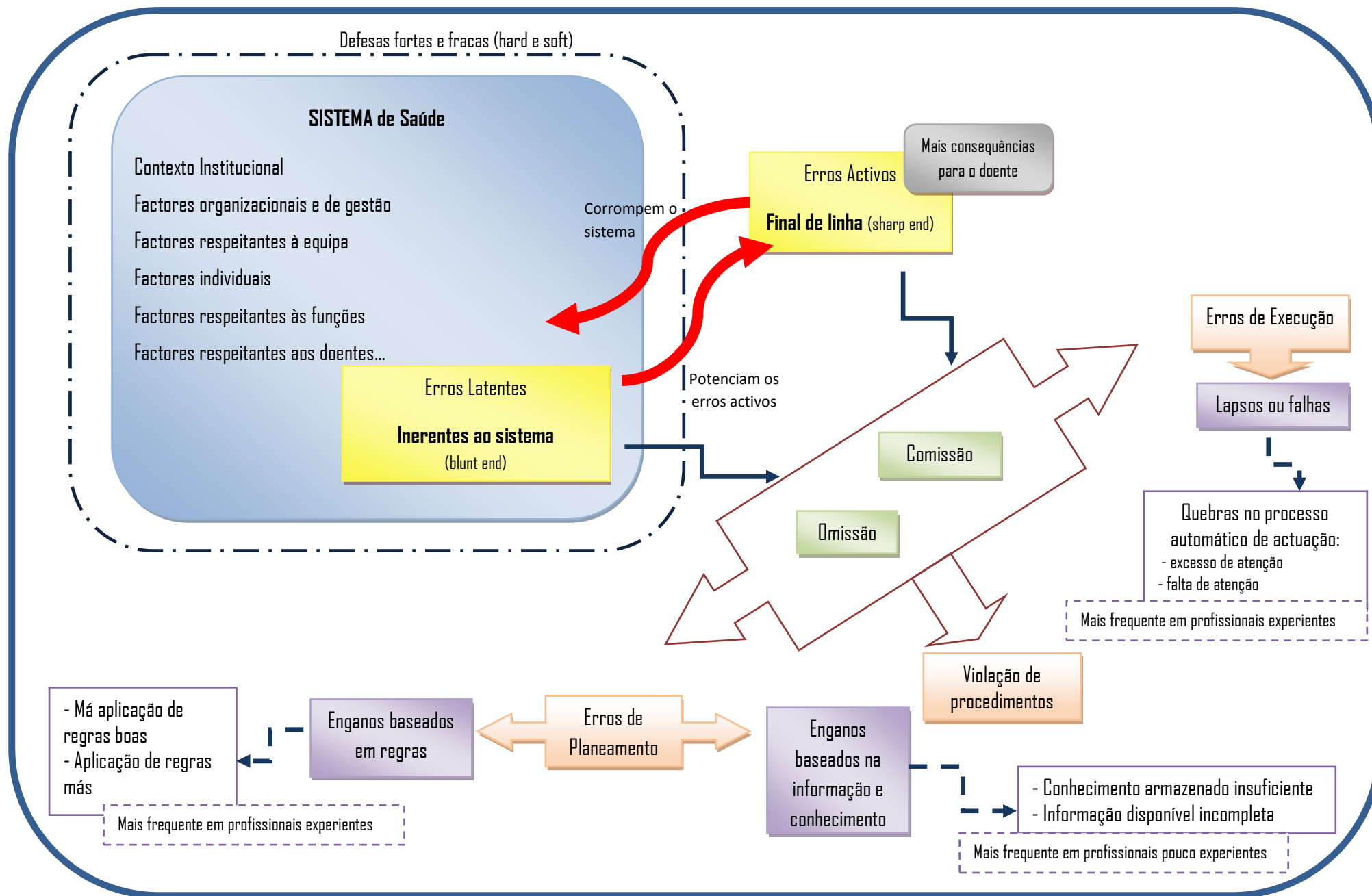


Figura 3 – Quadro de referência II – Processo do erro

## **Material, população e métodos<sup>2</sup>**

### **Desenho de estudo<sup>3</sup>**

Este estudo seguiu uma abordagem *qualitativa*, uma vez que se pretendia explorar e compreender o significado que indivíduos em grupos atribuem a um determinado problema social ou humano (Creswell, 2008, p.179).

A palavra *qualitativa* enfatiza o processo e significado que não são numericamente examinados, ou mensuráveis, em termos de quantidade, intensidade, frequência. Aqui, em contraste com os estudos quantitativos que enfatizam a medição e análise de relações causais entre variáveis, são analisados os processos, sem a preocupação de os quantificar, mas antes compreendê-los. O investigador salienta a natureza da realidade socialmente construída, a relação entre o investigador e o objecto de estudo, e as restrições situacionais que moldam o processo, procurando saber como é criada, dando significado à experiência social (Denzin e Lincoln, 2003, p.13). A investigação qualitativa localiza o observador no contexto em estudo, envolvendo uma abordagem da realidade interpretativa e naturalista.

Segundo Yin (2003, p.5), existem três condições a ter em conta na escolha da estratégia de investigação: o tipo de questão de investigação; o controlo do investigador sobre o comportamento dos indivíduos e o foco dado a factores contemporâneos, em oposição a factores históricos. A questão de investigação apresentada anteriormente centra-se em “como” e “porquê” da ocorrência do fenómeno do erro, questões apresentadas por Yin (2003, p.1) como características do *estudo de caso*. Esta estratégia de investigação centra-se preferencialmente em fenómenos contemporâneos, não existindo por parte do investigador controlo sobre o comportamento dos indivíduos.

O estudo de caso, embora não exclusivo, surge intimamente ligado à investigação qualitativa, quando se pretende desenvolver uma investigação aprofundada de um fenómeno individual, de grupo, social, organizacional, e responder às “interrogações sobre um acontecimento ou fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo” (Yin, 2003, p.1, p.13).

<sup>2</sup>A fase metodológica do processo de investigação é, segundo Fortin (1999, p.40), aquela em que o investigador determina os métodos que utilizará para responder à questão de investigação colocada na fase empírica. Nesta fase são apresentados o desenho de estudo e os instrumentos de colheita de dados, é definida a população e amostra e são definidas as variáveis e estratégia de análise.

<sup>3</sup>Nachmias e Nachmias (1992) citado por Yin (2003, p.21) definem desenho de estudo como um plano que guia o investigador no processo de colheita, análise e interpretação das observações.

De acordo com a caracterização proposta por Yin (2003, p.40), este estudo de caso é *único*, considerando o número de casos envolvidos no processo, e *holístico* na perspectiva da unidade de análise, uma vez teve uma única unidade de análise: os enfermeiros que prestavam cuidados naquela UCI. Merriam, citado por Carmo e Ferreira (2007, p.12) diz-nos que o estudo de caso é particular, uma vez que se centra num determinado fenómeno; descritivo, procurando descrever esse fenómeno de forma exaustiva; heurístico, por levar à compreensão do fenómeno em estudo; indutivo, por ser este o raciocínio que o orienta e holístico, uma vez que considera a globalidade da realidade em estudo.

### **Seleccção e caracterização dos participantes<sup>4</sup>**

Foram enviadas cartas de pedido de colaboração e consentimento informado aos trinta e cinco enfermeiros de ambos os sexos que, à data do estudo, exerciam funções na UCI de cirurgia cardiotorácica do HSM, na prestação directa de cuidados ou em cargos de gestão da unidade. Destes, dois (6%) recusaram participar. Dos trinta e três enfermeiros (94%) que assinaram o consentimento informado, participaram no estudo vinte e seis, não tendo sido possível integrar os restantes sete por indisponibilidade de horário, licenças ou férias dos mesmos, sendo esta uma das limitações do estudo. A população em estudo correspondeu, então, a 74% do total dos enfermeiros que exerciam funções na unidade de cuidados intensivos, à data do estudo, e a 79% dos enfermeiros que aceitaram participar.

Dos vinte e seis participantes no estudo, quatro enfermeiros exerciam cargos de gestão (15%), e os restantes vinte e dois enfermeiros (85%) eram prestadores de cuidados, entre os quais três chefes de equipa<sup>5</sup>.

Vinte e um (80%) dos participantes eram do sexo feminino, e cinco (9%) do sexo masculino (moda = sexo feminino). No que diz respeito ao grupo etário<sup>6</sup>, quinze (58%) dos participantes encontravam-se entre os vinte e cinco e os trinta anos.

<sup>4</sup> Foram aplicadas medidas de estatística descritiva às variáveis atributo recolhidas através da ficha de caracterização socioprofissional preenchida pelos participantes (anexo IV). A análise estatística foi feita com recurso ao sistema operativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

<sup>5</sup> A classificação segundo a área de actuação abrange oito categorias (OE, 2007, p.25), das quais apenas duas se adequam à população em estudo: prestação de cuidados e gestão.

<sup>6</sup> Os indivíduos foram agrupados por grupos etários e não segundo anos completos de vida como estratégia de proteger o seu anonimato, encontrando-se estes grupos etários organizados segundo classificação da OE (2007, p.2) que propõe onze grupos etários entre os 21 e os 70 anos. Uma vez que esta população é caracterizada por indivíduos em idade activa, com idades inferiores aos 65 anos, apenas se contemplou os grupos etários de 1 a 9 (anexo VII).

A moda surge igual à mediana: [25; 30[. Treze (87%) destes indivíduos pertenciam ao sexo feminino, e dois (13%) ao sexo masculino. No que diz respeito ao múltiplo emprego, a moda de respostas e a mediana foram iguais, correspondendo à resposta “não”<sup>7</sup>.

Dos sete (27%) indivíduos que trabalhavam em múltiplo emprego, quatro (15%) pertenciam ao segundo grupo etário [25; 30[, distribuindo-se as restantes três ocorrências pelos primeiro, quarto e quinto grupos etários. Cinco destes enfermeiros (71%) eram do sexo feminino e dois (29%) do sexo masculino.

A maioria dos participantes, dezassete (65%) tinham como vínculo à instituição um contrato por tempo indeterminado, enquanto nove (35%) dos participantes tinham vínculo definitivo. Todos os participantes com contrato individual de trabalho, exerciam funções na instituição há menos de nove anos<sup>8</sup>. Oito dos nove participantes com vínculo definitivo exerciam funções na instituição há mais de nove anos<sup>9</sup>.

No que diz respeito à formação destes profissionais, vinte e dois (85%) eram licenciados. Apenas um participante tinha o bacharelato (4%) e três participantes a especialidade (12%). A moda surge igual à mediana, correspondendo à resposta “licenciatura”<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> O trabalho por turnos e múltiplo emprego foram variáveis tidas em conta por serem factores profissionais descritos em diversos estudos como podendo estar associados ao fenómeno do erro.

<sup>8</sup> No que diz respeito à senioridade de exercício profissional na UCI em anos, foram consideradas seis categorias tendo em conta a evolução preconizada na Carreira de Enfermagem, segundo a qual o enfermeiro ao final de seis anos adquire a categoria de enfermeiro graduado, evoluindo de escalão a cada três anos. É necessário salientar que esta condição apenas se aplica aos enfermeiros vinculados à função pública que embora sendo em menor número no contexto em estudo, são os únicos que de momento têm definida uma carreira profissional. A criação da primeira categoria (menos do que dois anos) teve em conta o período de tempo que, segundo Benner (2001, p.53) um enfermeiro precisa em média para se tornar competente na sua área de actuação.

<sup>9</sup> Quanto ao vínculo à instituição foi considerada a lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro – “regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas”, segundo a qual se encontram definidos três tipos de vínculo: termo indeterminado, termo resolutivo certo e termo resolutivo certo. Apesar de já extinto, foi ainda considerado o vínculo definitivo à função pública, de forma a abranger os indivíduos que ainda não tenham visto o seu vínculo discutido.

<sup>10</sup> A carreira de Enfermagem ainda em vigor, (DL 437/91 alterado pelo DL 412/98 e pelo DL 411/99) preconiza cinco categorias, agrupadas em três níveis:

Nível I – que integra as categorias de enfermeiro generalista e enfermeiro graduado

Nível II – que integra as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe

Nível III – que integra a categoria de enfermeiro supervisor

No entanto, esta classificação não foi utilizada para a caracterização da população pois comprometeria o anonimato dos participantes, uma vez que sendo a população pequena, seria possível identificar alguns indivíduos de acordo com a categoria profissional. Optou-se, assim, por classificar os indivíduos apenas de acordo com os graus de formação contemplados na carreira de enfermagem: bacharelato, licenciatura e especialidade, tendo sido criada a categoria de “outros” para outros níveis de formação.

## Recolha de dados

Sendo o propósito de estudo conhecer a percepção dos indivíduos sobre o fenómeno do erro em enfermagem, através do conhecimento das suas experiências, opiniões e atitudes, seleccionou-se como técnica de colheita de dados o grupo focal. Krueger (1988) citado por Lewis (2000, p.2), define o grupo focal como uma discussão planeada desenhada com o objectivo de obter percepções dos indivíduos, numa área específica, num ambiente não controlado. A discussão é desenvolvida em pequenos grupos de indivíduos proporcionando-se uma discussão de ideias pessoais focalizada no tema de onde resulta uma influência mútua dos participantes, ao interpretarem e responderem às ideias e comentários em discussão, o que torna a colheita de dados mais rica do que por exemplo numa entrevista individual.

Merton [et al.] (1990) citado por Lewis (2000, p.3) sugere que a dimensão do grupo deve ser definida com base em duas considerações: não deve ser tão extensa que exclua a participação adequada de todos os participantes, nem tão pequena que não traga vantagens comparativamente a uma entrevista individual.

No entanto, o número de participantes depende dos objectivos do estudo, sendo sugerido por Krueger (1988), que pequenos grupos (entre quatro a seis pessoas) são preferíveis quando os participantes têm muito a partilhar sobre o fenómeno em estudo ou têm intensa experiência com o tema de discussão (Lewis, 2000, p.3).

A opção por esta técnica de recolha de dados qualitativos teve como principal justificação não só o objectivo do estudo: obter a percepção dos indivíduos, mas também o facto de o fenómeno em estudo ser ainda pouco conhecido como exposto anteriormente. Para além disso, o grupo focal dá oportunidade ao investigador de clarificar as informações ou, ao longo da discussão, pedir mais detalhe por parte dos participantes, tornando desta forma os dados mais específicos. Outro dos factores em ponderação aquando da escolha da técnica foi o facto de os participantes terem semelhanças entre si no que se refere à relação com o objecto de estudo, estando expostos às mesmas condições ecológicas e ainda o facto de os participantes se conhecerem, o que poderá resultar como factor facilitador da discussão.

O facto de a investigadora se encontrar integrada na própria investigação, desempenhando funções no local do estudo e conhecendo os participantes não é identificado como um viés, uma vez que esta falta de demarcação entre os investigados e os investigadores é reconhecida como uma das possíveis características da investigação qualitativa (Flick, 2006, p.16).

Não se poderá, no entanto, ignorar que por ser uma discussão em grupo as respostas dos participantes poderão não ser completamente livres, sendo esta verdade aceite como uma limitação da técnica.

Os enfermeiros prestadores de cuidados foram distribuídos por quatro grupos focais: um de quatro e três de cinco elementos. Os grupos foram constituídos tendo em conta os elementos que se encontravam a trabalhar no dia do estudo, excepção feita aos chefes de equipa que constituíram um quinto grupo focal de três elementos. O sexto grupo focal reuniu quatro enfermeiros que, paralelamente à prestação directa de cuidados de enfermagem, desempenhavam cargos de gestão.

Esta divisão justifica-se pela necessidade de não incluir no mesmo grupo indivíduos com relações de poder entre eles, de forma a evitar uma possível inibição dos participantes na expressão de opinião (Lewis, 2000, p.5).

Não foram seleccionados como critérios de formação dos grupos características sócio profissionais e demográficas como a idade, sexo, anos de profissão, anos de trabalho na UCI, horas de trabalho etc., pelo risco de enviesamento dos resultados, uma vez que a utilização desses critérios poderia sugerir uma percepção pessoal do investigador no que respeita à relação entre esses factores e os resultados esperados.

As características pessoais dos participantes nos grupos focais, as respostas imperceptíveis dos indivíduos ou defeitos/falhas nos instrumentos de pesquisa (computador, sistema de som, etc.) são variáveis não controláveis pelo investigador e que foram identificadas como possíveis fontes de enviesamento (Bailey, 1994, p.74).

Os grupos focais foram conduzidos por um moderador (a mestranda) e por um co-moderador (Enf<sup>a</sup> Mónica Rodrigues), e seguiram um formato semi-estruturado de acordo com um guião pré-definido de acordo com os objectivos do estudo (anexo III). Este guião foi elaborado procurando seguir os princípios propostos por Stewart e Shamdasani (1990), citado por Lewis (2000, p.3):

1. As questões devem ser ordenadas do geral para o particular;
2. As questões de maior importância devem ser colocadas primeiro, no topo do guião, enquanto que as de menor importância deverão ser apresentadas no final do guião.

O moderador desempenhou um papel de facilitador do processo de discussão e o ênfase surgiu nos processos de influência mútua entre os indivíduos na discussão do tema, ao contrário do que aconteceria na entrevista colectiva, em que ao entrevistador cabe um papel mais directivo no grupo (Bailey, 1994, p.192).

A existência de um co-moderador justificou-se pela necessidade de cobrir considerações detalhadas difíceis de serem captadas somente pelo moderador (Edmunds, 2000, p.75).

As discussões foram gravadas em formato áudio digital e foram feitos apontamentos pelo moderador durante a discussão de forma a permitir a posterior análise de conteúdo. A unidade de análise foi o próprio grupo e não o indivíduo no grupo, sendo as opiniões ou ideias referidas como do grupo.

Os grupos focais tiveram uma duração mínima de sessenta minutos, e máxima de cento e treze minutos. Tiveram lugar numa sala do serviço, com condições acústicas e espaciais adequadas, permitindo a disposição dos participantes, moderador e co-moderador em círculo, sem obstáculos entre eles.

Yin (2003, p.78), considera que antes da colheita de dados, e como preparação final para essa etapa, é essencial a condução de estudo(s) piloto(s). Foi realizado um estudo piloto, que foi um momento formativo que serviu para aperfeiçoar a colheita de dados no que diz respeito ao conteúdo e aos procedimentos a serem seguidos. O estudo piloto serviu ainda para identificar e ultrapassar dificuldades impostas pelo facto de o moderador e co-moderador não terem experiência prévia de condução de grupos focais. Paralelamente ao estudo piloto realizou-se o pré-teste, um momento de ensaio formal (Yin, 2003, p.79), que teve como condutor a versão final do plano de colheita de dados (o guião de grupo focal) posto em prática o mais fielmente possível.

Como critérios de selecção dos participantes no estudo piloto foram tidos em conta factores como a conveniência, proximidade geográfica, acesso aos indivíduos e o facto de os participantes serem enfermeiros que desempenhavam funções de prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos ou similares. O estudo piloto foi moderado pela mestranda e co-moderado pela Enfermeira Mónica Rodrigues. Foi solicitada a presença da Prof. Dra. Sónia Dias, docente do mestrado nas áreas de investigação qualitativa, a quem foi solicitado o seguimento da discussão com o objectivo de criar consensos relativamente à forma e ao conteúdo dos grupos focais. Foi enviado via email uma carta de solicitação de colaboração (anexo V), e a todos os participantes foi assegurado o direito ao consentimento livre e esclarecido (anexo VI). Deste estudo piloto e pré teste resultaram a identificação de características essenciais a adoptar pelo moderador, e ligeiras adaptações do guião de condução de discussão.

Ao longo do estudo recorreu-se a serviços de consultoria de docentes do IHMT, como estratégia para minimizar possíveis dificuldades e aperfeiçoar conhecimentos.

## Análise de conteúdo

Se a descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária à análise de conteúdo<sup>11</sup>, e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a ultima fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. Podemos dizer que a análise de conteúdo se organiza em três grandes pólos: (1) pré análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Uma vez que a informação a ser submetida a análise foi recolhida através dos grupos focais, a fase de pré análise (1) consistiu no que Bardin define como “leitura flutuante” dos dados, traduzida na audição das discussões e na leitura das transcrições do seu conteúdo. Coube à investigadora o tratamento da informação recolhida e transformação dos dados em bruto. Uma vez que este se trata de estudo descritivo, não foram estabelecidas hipóteses, não se encontrando definido à priori o quadro de análise (Bardin, 2004, p.92). A preparação do material foi feita através da gravação em formato áudio digital das discussões. Os textos foram transcritos pela moderadora com recurso à audição das discussões através dos programas Windows Media Player e Nero WaveEditor.

A fase de exploração do material (2) consistiu nas operações de codificação. A codificação é definida por Holsti (1969) citado por Bardin (2004, p.97) como “(...) o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.” A unidade de registo, que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base é o “tema-eixo” em redor do qual a discussão se organiza, de acordo com os objectivos do estudo. O conteúdo é então organizado em função dos temas eixo, agrupando-se à sua volta tudo o que o locutor exprime a seu respeito (Bardin, 2004, p.100). As dimensões sobre as quais está organizada a análise são: existência de erros, erros cometidos, factores activos potenciadores do erro, factores indutores e, por fim, consequências dos erros.

A enumeração foi feita tendo em conta a presença ou ausência de elementos, uma vez que se trata de um estudo qualitativo. Neste caso a inferência é fundamentada na presença do elemento (tema, palavra etc.) e não na frequência da sua aparição, em cada comunicação individual (Bardin, 2004, p.109).

<sup>11</sup> A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. O analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo (Bardin, 2004, p.34).



O tratamento e interpretação de dados (3) foi feito de forma a torná-los válidos e significativos. A categorização tem como principal objectivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2004, p.113). O sistema de categorias não foi fornecido previamente, mas sim resultado da classificação progressiva dos elementos. A construção das categorias procurou seguir cinco princípios fundamentais: exclusão mútua, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; homogeneidade das categorias; pertinência, devendo a formação das categorias pertencer ao quadro de referência definido e reflectir as intenções da investigação; objectividade e fidelidade, garantidas pela escolha e definição de categorias bem estabelecidas e produtividade, devendo ser capaz de fornecer dados exactos e contribuir para a formulação de hipóteses novas. O princípio mais difícil de cumprir foi o da exclusão mútua, uma vez que por diversas vezes erros identificados pelos enfermeiros surgem mais tarde no discurso como indutores de outros erros, por exemplo, podendo surgir assim em duas categorias diferentes. Foi, no entanto, assegurado na análise e discussão dos dados uma clara especificação destas ocorrências, transcrevendo-se partes do discurso dos participantes, de modo a tornar clara a forma como surgem na discussão.

## Validade e Fiabilidade

Yin (1994, p.32) afirma que existem quatro critérios para avaliar a qualidade do desenho de estudo, particularmente quando o método utilizado é o estudo de caso: validade conceptual, validade interna, validade externa e fiabilidade.

Bailey, K. (1994, p.67) diz que a validade de um instrumento de medição questiona se o instrumento mede realmente o conceito em questão e não outro conceito diferente, e se o conceito é fielmente medido. Paralelamente à validade é também importante avaliar a fiabilidade do instrumento, ou seja, a garantia de que a medida não muda quando o conceito em causa se mantém constante (Bailey, 1994, p.72) ou, por outras palavras, a segurança de que a operacionalização do estudo pode ser repetida, obtendo os mesmos resultados (Yin, 1994, p.34).

A *validade conceptual* estabelece as medidas operacionais adequadas para os conceitos em estudo. De forma a garantir a validade conceptual, foram usadas múltiplas fontes de evidência conceptual e metodológica que serviram de base à fase de colheita de dados e foi estabelecida uma cadeia de evidência, aquando da construção do quadro de referência. Yin (1994, p.33) sugere como terceira estratégia para garantir a validade conceptual, submeter o relatório de investigação à revisão de peritos. Seguindo a proposta de Beck (1992) citado por Fortin (1999, p.157) que pediu a colaboração de um profissional com experiência em investigação qualitativa para verificar a

concordância das suas interpretações dos dados, foi solicitada a colaboração da Prof. Dra. Sónia Dias na fase de análise de conteúdo, procedendo-se assim à dupla verificação (duplo check).

A *validade interna* exige, segundo Fortin (1999, p.142), o controlo sobre as variáveis estranhas a fim de eliminar qualquer explicação do fenómeno diferente daquela a que se deveria chegar. Para Yin (1994, p.36), o estudo de caso garante a sua validade interna pela intensidade da sua análise do fenómeno, pelas múltiplas observações, simetria dos comportamentos tipo, ou pela construção de explicações.

A *validade externa*, referente à generalização dos resultados, não pode ser tida em conta no ponto de vista de generalização para a população. Para Meier e Pugh citados por Fortin (1999, p.166), os resultados de um estudo de caso servem para a interpretação e aplicação de princípios genéricos apenas em casos semelhantes.

A elaboração do protocolo de investigação numa fase inicial do trabalho, foi uma estratégia de garantir a *fiabilidade*, permitindo que um investigador a posteriori seguindo os mesmos procedimentos consiga chegar às mesmas conclusões, com o mínimo de erros e viéses.

O facto de a amostra ser muito pequena, correspondendo à população em estudo não põe em causa a sua fiabilidade, uma vez que não se pretende efectuar inferência estatística a partir dos dados colhidos. A interpretação dos resultados é feita apenas sobre a população em estudo, para compreender um fenómeno local, reconhecendo que esta compreensão local contribui para a compreensão do fenómeno mais global em toda a sua complexidade.

Como sublinha Morse (1991) citado por Fortin (1999, p.156) é mais pertinente em investigação qualitativa ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja. Parece, por isso, ser mais pertinente reflectir sobre a validade e fiabilidade dos dados fornecidos pelos participantes do que propriamente sobre a representatividade da população. De forma a assegurar a validade dos resultados obteve-se a confirmação da interpretação dos dados por parte da co-moderadora, na fase de análise (Fortin, 1999, p.157).

## **Considerações éticas e legais e conflitos de interesse**

O processo de aquisição de conhecimentos não deve nunca ultrapassar o limite do respeito pelo indivíduo e da protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999, p.113).

Como qualquer outro trabalho de investigação feito junto a indivíduos, grupos ou comunidades, também este estudo levanta questões éticas importantes, tornando-se impreterível uma exposição e sequente apresentação de estratégias de protecção dos direitos dos participantes.

### **Comissão de ética/Autorizações**

Concluída a defesa pública e entrega da versão final do projecto de dissertação após devidas correcções, foi entregue a 2 de Março de 2009 o pedido de parecer, que após aprovação da enfermeira chefe Clara Vital e do director de serviço, Prof. Dr. José Fragata, foi submetido a aprovação da comissão de ética, seguindo normas internas. Reunida a comissão de ética a 30 de Abril, a autorização (nº17600) foi concedida a 4 de Maio de 2009 (anexo VIII).

### **Consentimento Informado**

A todos os participantes foi dado o direito de exercer o seu direito ao consentimento livre e esclarecido, tendo-lhes sido facultado um documento com a descrição do estudo, objectivos e técnica de investigação na qual foi solicitada a sua participação. Foi ainda solicitada aos participantes autorização para proceder à gravação da discussão em formato áudio para posterior análise e tratamento dos dados. (anexo II). Foi facultado a cada um dos participantes uma cópia do consentimento informado. Os indivíduos seleccionados a participar nos grupos focais tiveram a oportunidade de, através de uma carta de pedido de colaboração (anexo I) ver explicitadas as informações relativas ao estudo e tendo sido informalmente acordado um período de reflexão pessoal e esclarecimento de dúvidas antes de formalização da participação no estudo.

### **Salvaguarda dos direitos e bem-estar dos participantes no estudo**

A investigação aplicada a seres humanos pode, segundo Fortin (1999, p.116) causar danos aos direitos e liberdades dos indivíduos. Assim, os códigos de ética determinam cinco princípios fundamentais do ser humano nomeados pelo mesmo autor: direito à autodeterminação, direito à

intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e prejuízo, direito a um tratamento justo e fiel.

Procurando satisfazer o direito à *autodeterminação*, os indivíduos foram convidados a participar no estudo, podendo escolher voluntariamente nele participar ou não (Levine, 1986 citado por Fortin, 1999, p.116). Foi assegurado aos participantes o direito de se retirarem do estudo se assim o desejassem, em qualquer fase do mesmo, sem que isso para ele representasse qualquer prejuízo.

Foi ainda assegurado o direito à autodeterminação através da utilização dos dados apenas para os fins nomeados no consentimento.

A *intimidade* dos participantes foi garantida na medida em que, apesar de qualquer investigação constituir por si só uma intrusão na vida pessoal dos sujeitos (Fortin, 1999, p.116), os mesmos foram gestores da informação a dar no contexto da investigação, nomeadamente na partilha de informações íntimas.

Os dados em bruto recolhidos em formato áudio não foram nem serão reproduzidos ou disponibilizados a nenhuma outra entidade que não o responsável pelo estudo, sendo salvaguardada *confidencialidade e anonimato* dos indivíduos. Uma limitação a este direito é o facto de ser possível ao moderador dos grupos focais, o próprio investigador, identificar os indivíduos pelas respostas dadas, uma limitação associada à própria técnica. No entanto, será assegurado que, através da leitura do relatório final não seja possível identificar os participantes.

Os dados do estudo foram guardados numa base de dados protegida por uma palavra passe apenas acessível ao investigador. Os dados da caracterização socioprofissional foram guardados num lugar seguro durante o período do estudo, após o qual foram destruídos.

Considera-se que o risco associado a este estudo foi um *risco temporário*, pelo desconforto que o participante possa sentir durante a investigação. O desconforto psicológico (por exemplo ansiedade) sentido durante a realização dos grupos focais ou o desconforto associado ao tempo dispendido na participação nos grupos focais foram os compromissos ao direito à protecção contra o desconforto e prejuízo identificados.

Antes, durante e após o estudo os participantes têm direito a receber um tratamento *justo e equitativo* (Polit e Hungler, 1995, citados por Fortin, p.119). Todos os participantes foram informados sobre o objectivo, métodos e duração da investigação escrita e oralmente. Fortin (1999, p.119) sugere que a selecção e tratamento dos indivíduos de forma equitativa só é garantida se existir uma ligação dos mesmos ao problema de investigação e não uma conveniência. Uma vez que se trata de um estudo de caso, estas duas características são concomitantes.

## Conflitos de interesse<sup>12</sup>

O facto de a mestranda exercer, neste contexto, o duplo papel de colega de trabalho e responsável pelo estudo poderá ter gerado um conflito de interesse pessoal, uma vez que a mestranda teve como contrapartida da participação dos enfermeiros no estudo, a obtenção de dados para desenvolver a sua dissertação. No entanto, não se considera que este conflito de interesse tenha interferido com o decorrer do estudo. A presença de uma colega como co-moderadora das discussões também contribuiu para aligeirar quaisquer eventuais viéses que pudessem vir a ser introduzidos.

Não se prevêem contrapartidas financeiras associadas ao estudo.

<sup>12</sup> Thompson (1993) citado por Goldim (2006, p.1), define conflitos de interesse como um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário, como interesses pessoais, científicos, assistenciais, educacionais, religiosos, sociais, económicos

## **Resultados**

Neste capítulo é desenvolvida a análise dos conteúdos das discussões, tendo em conta as seguintes dimensões:

- Existência de erro;
- Tipos de erro;
- Causas de erro (activas e latentes);
- Consequências do erro (efeitos adversos evitáveis, consequências para o enfermeiro e consequências para a equipa e sua relação com o profissional implicado);
- Erro e período do dia, da semana e de internamento;
- Erro e senioridade;
- Erro e funções de Enfermagem.

Foi feito recurso à transcrição de falas dos participantes (entre aspas e em itálico) de forma a melhor ilustrar a análise, constando entre parêntesis recto, palavras acrescentadas pela investigadora para facilitar a percepção das falas.

Cada dimensão é analisada não por grupo focal individualmente, mas tendo em conta três grupos de participantes: enfermeiros gestores (um grupo focal), enfermeiros chefes de equipa (um grupo focal) e restantes enfermeiros prestadores de cuidados (quatro grupos focais). No final da análise de cada dimensão é apresentado um quadro síntese em que serão apresentadas as unidades de registo nomeadas por estes três grupos de participantes, seguida de uma breve interpretação.

Ao longo da análise surgem registos com iguais designações em dimensões diferentes e mesmo em categorias diferentes dentro da mesma dimensão. Isto acontece quando um fenómeno é identificado como erro e desencadeia outro erro, tornando-se numa causa, e quando um erro é identificado pelos participantes em momentos diferentes da discussão como erro de execução (esquecimento, distração) e como violação de procedimentos. Não se encontra, assim, em causa a regra da exclusão mútua - cada elemento não pode existir em mais de uma divisão, uma vez que apesar de ser o mesmo erro, a sua origem e forma determinam a sua classificação.

É importante relembrar que participaram no estudo quatro enfermeiros gestores, três enfermeiros chefes e dezanove enfermeiros prestadores de cuidados (divididos em quatro grupos focais). A análise das representações dos enfermeiros prestadores de cuidados foi apresentada sem diferenciar os quatro grupos focais realizados, pelo que se compreenda que as referências correspondentes a estes participantes apareçam em maior número do que as correspondentes aos enfermeiros gestores e chefes de equipa.

## EXISTÊNCIA DE ERRO

Quando se perguntou aos participantes se consideravam existir erro na prestação directa de cuidados de enfermagem no contexto em estudo, todos os participantes responderam afirmativamente. Foi referido em todos os grupos focais que o erro é visto como algo inerente ao ser humano – *“É lógico que acontecem sempre erros e nós somos humanos e errar é humano (...); “(...) Enquanto forem humanos a tratar de doentes vai haver sempre erros(...); “Sim, basta sermos pessoas, não somos máquinas.”*, sendo encarado por alguns participantes como indissociável da prestação de cuidados - *“(...) só não erra quem não faz, e portanto, tanto em enfermagem como em qualquer profissão, quem faz alguma coisa, pois arrisca-se sempre a que numa ou outra vez erre.”*

## TIPOS DE ERRO

Os resultados da análise qualitativa permitiram criar as seguintes categorias de tipo de erro: erro de planeamento (A); erro de execução (B) e violação de procedimentos (D). A estas três categorias sugeridas por Reason, foi acrescentada uma quarta categoria: erro de comunicação (C). A organização das respostas de acordo com a classificação sugerida por Reason não foi linear, uma vez que se verificou alguma dificuldade dos participantes em distinguir erro de planeamento e de execução em algumas situações, tendo-se optado por considerar erros de planeamento apenas aqueles que não suscitaram dúvida.

Os erros foram ainda divididos em erros de omissão e comissão. Os erros de execução foram organizados em quatro grupos: preparação de terapêutica (a), administração de terapêutica (b), monitorização (c) e assepsia e controlo de infecção (d).

No grupo formado por quatro **gestores**, todos os participantes referiram erros de preparação (a) e administração de terapêutica (b) - *“A ausência de rótulo, concentrações prescritas com uma concentração e na seringa com outras...”; “[a não conformidade] entre a prescrição, o que está escrito na nossa seringa e o que está assinalado na nossa folha.”; “E às vezes até está prescrito dopa [dopamina] e tem dobu [dobutamina] (...).”*

No que diz respeito à monitorização (c), foi referido que um dos erros que ocorre frequentemente é o não preenchimento da ficha de verificação de procedimentos na unidade de pediatria, como estratégia de minimizar o erro- *“Só não se consegue quando as pessoas não respeitam o procedimento de realizar o preenchimento da ficha de verificação... que é o que acontece algumas vezes.”*

Um dos participantes nomeou um erro de assepsia e controlo de infecção (d), na lavagem das mãos entre procedimentos - *“(...)deslocar-se de um doente para o outro sem passar no respectivo sítio, que é a desinfeção das mãos, ou lavagem.*

Foram ainda mencionados erros por violação de procedimentos (D), sendo que um participante considerou existirem falhas na prestação de cuidados de higiene - *“Maus cuidados de higiene. Sobretudo nos doentes crónicos.”* Foi enfatizado por um dos gestores que a generalidade dos enfermeiros não

avalia nem regista a dor – “: E... e isso é uma coisa nossa, dos enfermeiros. E apesar dos alertas, da distribuição das escalas a cada enfermeiro (...) hoje não conseguimos ainda, em todos os doentes ter a avaliação da dor. Nem no mínimo uma vez por turno.” A realização de actividades interdependentes sem consentimento médico surgiu com bastante destaque na discussão, principalmente no que diz respeito à ventilação – “Aí, é porque os enfermeiros neste serviço acham que ganharam uma autonomia tão grande que já se vestiram na pele do extubador!”; “E então aqui no serviço não há médicos... é o extubador... e muitos enfermeiros neste momento já nem conseguem ter a sensibilidade de que aquilo é uma técnica, ou é um procedimento interdependente. Já vestiram a camisola de tal forma que acham que aquilo é deles. Já não tem que se ligar para o médico, não tem que validar, porque ele controla tudo naquela área.”, e à administração de terapêutica – “Por exemplo, temos um doente a urinar pouco, e temos lá prescrito Lasix 20mg ou 10mg se urinar menos do que 50 (ml) por hora, ou coisa do género, não é? Anh, e a gente às vezes nem pensa duas vezes... pega no Lasix e dá.”

Os enfermeiros gestores não fizeram referência aos erros de planeamento (A) nem de comunicação (C).

No grupo em que participaram três **chefes de equipa**, os erros de preparação (a) e administração de terapêutica (b) foram frequentemente referidos – “Cálculos ou até o omitires um registo(...)”; “Enquanto aqui, se eu me enganar a preparar uma dopamina, e preparar o dobro da concentração, ou metade da concentração, ou me enganar no ritmo, ou fizer um bolus, anh... as consequências geralmente são...”.

Um enfermeiro chefe referiu ainda um erro de assepsia e controlo de infecção – “Porque eu acho que onde há mais quebras de assepsia é na manipulação de catéteres, eu nunca vi um serviço em que a gente facilitasse tanto a mexer num cateter central como aqui, porque em lado nenhum se mexe em catéteres centrais sem luvas esterilizadas, e em alguns sítios pôr um campinho, compressas, não sei quê, nós lidamos com os catéteres centrais como lidamos com as veias periféricas, portanto, eu até me admira como é que não temos mais sépsis.”. No entanto, este referência não foi considerada na categoria (d) por se considerar um erro por violação de procedimento.

Neste grupo foram enfatizados os erros de comunicação - “Omissão de informação”; “Os erros que se falam mais são (...) os erros medicamentosos. Mas para além desses erros existem inúmeros erros que se fazem (...) que são considerados também erros no meu entender, como por exemplo os erros de comunicação(...)”.

Os comentários desadequados relativamente os doentes - “Até nos nossos comentários a gente negligencia um bocadinho os nossos doentes.”, foram referidos por um chefe de equipa como uma violação de procedimentos perturbador.

Nos quatro grupos focais formados pelos restantes **enfermeiros** do serviço, foi muito enfatizado o erro de administração de terapêutica (b) – “Essencialmente acho que é medicação.”. os enfermeiros consideram que ocorre essencialmente administração de terapêutica a horas erradas - “Ou administrares por exemplo uma medicação em que, anh, por qualquer motivo está prescrita, anh, mas chega a um certo dia e passa a ser em SOS apenas, e a gente continua a administrar (...)”; “Já dás aquela medicação porque aquela



*hora sempre foi aquela medicação”; (...), administração de dosagens erradas – “e a nível de dosagens quando também são ajustadas as doses de antibióticos, de imunossupressores (...) e nós por não vermos (...)” e administração do fármaco errado – “Soros... Dextrose a 5% ou a 10%... já aconteceu anh, por uma de 10 quando é de 5, por exemplo, ou ao contrário...”;*

Na sua grande maioria, os erros de administração de terapêutica referidos correspondiam a erros por violação de procedimentos e por isso constam dessa categoria (D). Os enfermeiros consideraram que é administrada medicação sem estar prescrita, nomeadamente analgésicos e indutores do sono – *“Analgesia que nós damos sem ser prescrita é à “fartasana” (...); “Dás hidroxizinas à noite, das haloperidois... quer dizer, das.” ; “Por exemplo, na pediatria das hidrato muitas vezes sem estar prescrito...”, verificando-se também manipulação de inotrópicos por indicação médica – “...o facto de pura e simplesmente o medico dizer: olhe, esta droga tá a 3, vá desmamando 0,5(cc) por hora e pronto. E tu vais desmamando consoante os conhecimentos que tens. Mas em primeiro lugar isso nem está escrito que tens que fazer o desmame, não é?”. Como violação de procedimentos associada à administração de terapêutica, os enfermeiros referiram ainda que ocorre erro por omissão de administração de fármacos, mantendo a assinatura em como foi administrado – “Tem pressões de 60/70 [sistólicas], quer fazer propanolol? Faça Sra. Enfermeira! Tu achas que não deves fazer...se calhar assinas e não fazes.”*

Foram referidas algumas vezes omissão da lavagem das mãos (d) – *“Saímos da unidade e se calhar não lavamos as mãos.”; “As vezes prestamos cuidados a um doente, e esquecemo-nos, distraímos-nos e pronto passamos a outra coisa...”.*

Os erros de comunicação também parecem ser frequentes, nas suas diferentes formas: na passagem de turno de enfermagem – *“Ou mesmo até na própria passagem de turno quando o colega te passa o turno, pode haver alguma falha de comunicação e dizer: olha já fiz... já administrei isto, ou deixei esta perfusão a este ritmo e, ou não perceberes ou por mal entendido administrares outra vez aquela medicação ou...”;* *“Basta teres-te esquecido de passar quando foste ao pequeno almoço.”, e nos registos e notas de enfermagem – “As folhas de registo, por exemplo. Enganares-te nos balanços ou...”;* *“Esqueceres-te de lançar alguma coisa que estava a correr...”.* Alguns enfermeiros referiram também que erram na comunicação com o doente/família – *“Muitas vezes venho cansada, venho com os meus stresses, e se calhar esqueço-me de falar com o doente e começo a fazer coisas sem falar com ele. E depois penso: epá, nem sequer falei com ele. Isso é um erro.”;* *“O facto de às vezes não se explicar as coisas da forma mais correcta aos doentes, ou à família, e provocar um estado de ansiedade aquele doente, que lhe vai provocar... a família vai ficar lá fora preocupada, ansiedade da família provoca ansiedade ao doente, sobe a tensão... pronto!”;* *“Em relação à enfermagem, também ainda na pediatria... se calhar devíamos dar um bocadinho mais de informação aos pais em relação aquilo que vamos fazer, e não... eu falo por mim.”*

Foram também frequentemente referidas omissões na satisfação das NHF dos doentes, como posicionamentos – *“Posicionamentos. Por exemplo. Acho que se posiciona às vezes pouco. Claro que depende da especificidade do doente, como é lógico, mas às vezes...”* ou integração da família nos cuidados – *E em relação novamente à família, e na pediatria, volto a falar novamente na pediatria porque é o descorar do cuidar da família, do papel de cuidador da família, e acho que é um grande erro. Os miúdos são quase todos cardiopatias congénitas e aqueles pais estão habituados a tratar daqueles miúdos em casa desde que nasceram, e chegam aqui e agora é: não*

*pode mexer! Agora não pode entrar porque vamos aspirar. E se calhar até são pais que estão habituados, e que aspiram os miúdos em casa, e se calhar os miúdos até se acalmam muito mais com a presença dos pais, e fazemos uma equipa muito pouco multidisciplinar!”.*

## Quadro 1 - Erros activos

CATEGORIA		UNIDADE DE CONTEXTO							
		Omissão	G	C	E	Comissão	G	C	E
A. Erro de Planeamento		Não planear actividades			●	Deficiente estabelecimento de prioridades	●		●
		Não estabelecer prioridades			●	Deficiente avaliação de enfermagem	●	●	●
B. Erro de Execução	(a)Preparação de terapêutica	Não identificar prolongamentos	●			Rótulo não concordante com fármaco que consta na seringa	●		●
		Não identificar seringa infusora	●		●	Rotulo não concordante com dosagem em perfusão	●		●
						Não confirmação da prescrição médica			●
	(b)Administração de terapêutica	Omissão de administração de medicamento prescrito	●	●	●	Ritmo de perfusão não concordante com o prescrito	●		●
						Não conformidade entre a dose prescrita e a administrada	●	●	●
						Administração do fármaco errado	●	●	●
						Administração de soroterapia errada			
						Não cumprimento do horário de administração	●	●	●
	(c)Monitorização	Não confirmar alarmes dos equipamentos			●	Deficiente gestão de prioridades	●	●	●
		Não ajustar alarmes dos equipamentos			●				
		Não preenchimento da ficha de verificação na pediatria	●						
	(d)Assepsia e controlo infecção	Não proceder à lavagem das mãos entre procedimentos	●		●				
		Não proceder à lavagem das mãos ao sair da unidade			●				
	C. Erro de Comunicação	Não passar o doente ao colega quando se ausenta da unidade			●	●	Dar informações à família fora da área de enfermagem		
Omissão de informação na passagem de turno			●	●	Dar informações incorrectas à família			●	
Omissão de informação nas notas de evolução			●	●	Excesso informação na passagem de turno		●		
Omissão de registo de administração de fármacos			●		Erros nos cálculos nos balanços	●	●	●	
Omissão de informação à família				●	Falar alto		●		
					Não transmitir claramente informação na passagem de turno		●	●	
					Receber prescrições médicas telefonicamente		●	●	

(cont.)

D. Violação de Procedimentos	Descorar higiene oral			●	Administração de fármaco sem prescrição médica			●
	Diminuição de vigilância em períodos de ausência de elementos do serviço			●	Alteração de ritmo de perfusões sem indicação médica	●		●
	Diminuição de vigilância no turno da noite			●	Alterar dose de fármaco administrada sem indicação médica		●	●
	Juízos de valor culturais		●	●	Assinar medicação que não foi administrada		●	●
	Maus cuidados de higiene	●			Descorar a prestação de cuidados ao doente atribuído em prol de ajudar o colega			●
	Não assegurar privacidade do utente		●	●				
	Não promover a autonomia no auto cuidado			●	Deficiente avaliação de enfermagem	●	●	●
	Não garantir o conforto físico do doente	●			Delegação de funções de enfermagem nos assistentes operacionais		●	●
	Não respeitar os períodos de sono e repouso		●	●	Má gestão de recursos materiais			●
	Não avaliação e registo da dor	●		●	Não posicionar com a frequência adequada	●	●	●
	Não integrar os pais/cuidadores nos cuidados				Não obter consentimento informado do doente para procedimentos de enfermagem			●
	Não promover a autonomia na alimentação		●	●				
	Não confirmar alarmes dos equipamentos			●	Não estabelecimento de relação de ajuda com o doente e família		●	●
	Não ler a história do doente			●				
	Não preenchimento da ficha de verificação na pediatria	●		●	Não manutenção da assepsia na execução de um penso		●	●
	Não satisfação da NHF eliminar nos doentes crónicos	●			Ocultar o erro	●	●	●
					Ocultar o erro do colega	●		●
	Não seguir normas e protocolos	●		●	Proferir comentários depreciativos sobre os doentes		●	●
	Não interpretar gasimetrias correctamente			●	Proferir palavras agressivas aos doentes			●
	Não vigilância da permeabilidade dos acessos venosos periféricos			●	Posicionamento incorrecto	●		●
	Não limpar prolongamentos e torneiras 3 vias depois de administração de terapêutica			●	Perfurar o sistema de microgotas			●
	Omissão de mudança de material de uso único			●				
	Omissão de administração de medicamento prescrito	●	●	●	Realizar um procedimento com dúvidas e sem confirmar		●	●
	Protelar procedimentos para a saída de vela			●	Realizar acções interdependentes sem consentimento médico	●	●	●
	Transferência de doentes precocemente			●				

**Legenda**

G: Gestores C: Chefes equipa E: Enfermeiros

A interpretação do quadro 1 é feita na página 54, juntamente com os factores activos de erro.

## CAUSAS DE ERRO

No que diz respeito às causas de erro, estas foram divididas em factores activos e latentes. Os factores activos foram agrupados, de acordo com as respostas dos participantes, em três categorias: baseados em informação e conhecimento (A); lapsos e falhas (B) e negligência (C). Nesta última categoria surgem as que foram referidas pelos participantes apenas como causas de erros negligentes. Recordo que os enganos baseados na informação e conhecimento e baseados em regras estarão na origem dos erros de planeamento, enquanto que os lapsos e falhas são associados aos erros de execução.

Para os factores latentes indutores de erro foram criadas as seguintes categorias: contexto institucional (A), factores organizacionais e de gestão (B), factores da envolvente do trabalho (C), respeitantes às funções (D), respeitantes à equipa (E) e respeitantes ao doente/família (F). Esta classificação teve em conta a classificação proposta por Vincent (2000, pg.778), com a nuance de nesta análise se ter optado por contemplar apenas os factores latentes, uma vez que os factores activos já foram referidos na tabela anterior.

### - FACTORES ACTIVOS

No grupo dos enfermeiros **gestores**, foram salientados os factores da categoria B: cansaço – “*Se a pessoa for fazer turnos a outro lado e depois vier fazer noite para uma unidade destas é claro que está... muito mais sujeita... não tem capacidade de ter espírito crítico, de análise da situação, não é?*” e descontração “*E quando se está completamente descontraída, « ah, isto não vai haver nada » , não sei quê... às vezes é quando acontece... ; “Mas quando somos muitos: Ah, isso... ele faz ou... fica assim um bocadinho de... deixa andar.”.*

Outra causa de erro referida foi a não responsabilização (categoria C) – “*(...)por exemplo, temos um doente a urinar pouco, e temos lá prescrito Lasix 20mg ou 10 [mg] se urinar menos do que 50 [ml] por hora, ou coisa do género, não é? Anh, e a gente às vezes nem pensa duas vezes... pega no Lasix e está lá prescrito e dá. Mas isto às vezes é um erro...*”; “*Mas depois também podemos extrapolar para as extubações, em que se faz... (...) há muita gente que não pergunta se pode ser extubado... (...)*”.

Um dos enfermeiros considerou que outro dos factores de erro é a falta de actualização de conhecimentos (C): “*Às tantas também uma falta de... de conhecimentos, porque as coisas evoluem... ainda por cima num sítio onde as coisas tecnologicamente evoluem bastante, os conhecimentos também têm que estar... anh... actualizados (...)*” e desconhecimento (C)– “*Se calhar tem a ver com a não articulação com os parâmetros de monitorização...*”.

Os factores activos de erro destacados pelos **chefes de equipa** pertenciam às categorias B e C.

Foi dada muita relevância ao cansaço (B)– “*Quando tu fazes 16 horas seguidas, eu falo por mim, chego ao final das 16 horas, e tendemos a começar a fazer as coisas em piloto automático. O piloto automático é o pior inimigo do erro, porque fazemos sem pensar.*”; “*Se fizermos 16 horas é independente se é noite ou não. Vamos ficar mais*

*cansados ao segundo turno, e estamos mais predispostos a cometer erros.” e à distração (B) - “Há muita, há muita distração.”; “Porque acho que a nível das tarefas independentes voltamos à mesma coisa que é o erro por distração(...)” ; “Também por distração, tipo imobilizares um doente e olhares para o lado e ele já está a tirar o tubo ou, estares distraída...”*

Os enfermeiros chefes consideraram também que a falta de conhecimentos (C) é causa determinante de muitos erros – *“Anh, ok, cumpriu tudo, mas depois ao fim não fez a diluição, aquele medicamento até precisava de ser diluído, não podia ser administrado só com a diluição primária, e não voltou a fazer a diluição, e foi um erro que eu considero ainda por ignorância, por falta de conhecimentos”*.

Outras causas referidas pertenciam à categoria C (excesso de confiança; não confirmação de informação em fonte segura; não assumir que não sabe e medo de perguntar).

Da categoria A distingue-se a má avaliação de enfermagem por dificuldade de articulação de conhecimentos – *“Coisas que devíamos valorizar e não valorizamos.”; “(...) E nos colegas mais novos há por vezes défices de avaliação.”*

Os restantes **enfermeiros** salientaram factores da categoria B - cansaço - *“Outra que é essencial falar é as noites. O facto de estarmos a fazer noites e estarmos acordados e constantemente em alerta, e que não conseguimos, não é?” ; stress - “Um já se falou que é o stress”; e distração - “Já aconteceu comigo, eu falo disso porque já aconteceu comigo, em que me enganei porque me enganei. Pronto, distraí-me. Não tomei atenção.”*.

A categoria C (negligência) teve uma evidência considerável no discurso dos quatro grupos focais. Alguns enfermeiros consideraram que existem preconceitos étnicos e culturais - *“Eu não sei se se enquadra mas, vá, a questões étnicas. Preconceitos...”*; *“Ai, coitada, esta pessoa trabalha até esta hora, vamos abrir excepção para vir, mas se calhar se for um cigano, um preto ou um pobre, coitado, adolescente, gravidez adolescente já: deve pensar que isto é assim! A casa dela, deve pensar que...a gente tá aqui que é para... isto é tudo uma cambada de gente mal formada, é uma cambada de...pronto.”*. Outro factor muito referido pelos enfermeiros foi a desmotivação e desinteresse – *“E eu acho que isso acaba por nos fazer andar assim um bocadinho sem direcção e cansados e desanimados e desmotivados e com...e eu acho que a desmotivação também leva ao erro...porque...”*; *“Por desinteresse! Porque desinteressas-te de procurar, de saber.”*; *“E eu acho que, eu como elemento, sinto que, por exemplo, eu quando comecei a trabalhar tinha muito mais vontade de fazer coisas e de implementar coisas e de estudar, e de ir aqui e ali, e com o tempo noto que parece que estou a ficar adormecida porque parece que qualquer intenção que haja para fazer uma questão.”*. A falta de conhecimentos ou não actualização de conhecimentos foi referida em todos os grupos como factor determinante de erro – *“Há gente que se engana por falta de conhecimentos, pronto.”; ...a pessoa nem sabe sequer que tem que saber.”*; *“Tu tens doentes que drenam 500 [cc] em dez minutos, e as pessoas não dizem nada ao médico, isso é porque a pessoa não sabe.”*; *“Quem não sabe erra.”*. A irresponsabilidade e a não confirmação ou esclarecimento de dúvidas também foi referido em todos os grupos – *“E há gente com pouca responsabilidade para assumir que não sabe, e para perguntar.”*; *“A humildade, há falta de humildade neste serviço.”*

Em nenhum dos três grupos foram referidos erros por aplicação de regras.

## Quadro 2 – Factores activos

CATEGORIA		UNIDADE DE CONTEXTO	G	C	E
(A) Enganos baseados na informação e conhecimento	Conhecimento armazenado insuficiente	Desconhecimento de novas normas e procedimentos			●
		Excesso de informação não relevante na passagem de turno		●	
		Insegurança		●	●
		Dificuldade de articulação de conhecimentos	●	●	●
		Não saber que informação cabe ao enfermeiro transmitir à família			●
	Informação disponível incompleta	Dificuldade em esclarecer dúvidas na unidade de transplantes			●
		Não delegar funções a um colega quando se ausenta da unidade		●	●
		Não ler a história do doente			●
(B) Lapsos e Falhas	Alteração do ritmo circadiano			●	●
	Cansaço físico		●	●	●
	Cansaço psicológico			●	●
	Confusão			●	●
	Descontracção		●	●	●
	Distracção		●	●	●
	Esquecimento		●	●	●
	Excesso confiança			●	●
	Mecanização		●	●	●
	Medo				●
	Pressa			●	●
	Pressão/stress		●	●	●
(C) Negligência	Desinteresse		●	●	●
	Desmotivação			●	●
	Desrespeito pela identidade do utente		●	●	●
	Excesso de confiança		●	●	●
	Falta de conhecimentos base			●	●
	Medicação				●
	Não actualização de conhecimentos		●	●	●
	Não confirmar informação em fonte segura				●
	Irresponsabilidade		●	●	●
	Não estar de acordo com o protocolo				●
	Não ter em conta as prescrições médicas nos doentes crónicos		●	●	●
	Pensamento biomédico				●
	Problemas pessoais				●
	Preconceitos étnicos e culturais			●	●
	Resistência à mudança				●

### Legenda

G: Gestores      C: Chefes equipa      E: Enfermeiros

### Erros de planeamento (Enganos)

No que diz respeito às representações dos enfermeiros sobre os erros de planeamento, foi transversal a opinião de que estes erros são essencialmente de comissão, por deficiente avaliação de enfermagem. Os enfermeiros chefes de equipa e prestadores de cuidados estiveram de acordo ao

afirmar que na fase de planeamento poderá ocorrer também um deficiente estabelecimento de prioridades – *“Não, como tu tens falta de tempo para fazeres as tuas coisas tens que estabelecer prioridades, e isso nem sempre é feito.”*. Nenhum participante no estudo referiu como causas activas para estes erros factores relacionados com regras, quer por aplicação de regras más ou má aplicação de regras boas. Consideraram, antes, que estes erros se devem a enganos baseados em conhecimento armazenado insuficiente ou a informação disponível incompleta – *“desconhecimentos...”*; *“Grave, grave é omitir informação. É não dizer coisas...”*; *“Pelo facto de não haver uma passagem de turno geral na pediatria, perdes o conhecimento e acabas por derrapar nas curvas, isso acontece quase diariamente. Falta de conhecimento da situação.”*; *“Ou até tas com alguém que teve com a pessoa [o doente] antes: epá, ela ontem já fez isto! E ninguém te passou! Porque isso também...as nossas passagens cada vez estão piores, a nível pessoal de cada doente.”*; *“Mesmo aquela serie toda de protocolos que nós lemos da intranet, metade ou melhor, três quartos ninguém assimilou não é? O que é que vais fazer? Vais tornar a abrir novamente esse ficheiro para leres novamente o protocolo. Claro que se fizeres dez vezes, naturalmente depois já auto assimilas aquilo, agora se vais fazer um de x em x tempo...”*.

Gestores, chefes de equipa e enfermeiros defenderam que um dos determinantes de erro é a dificuldade de articulação de conhecimentos, não só por parte de elementos mais novos mas também por outros enfermeiros – *“Não, neste sentido, outra coisa, que isso já é o encadeamento de erros, que é o médico enganar-se na dose de medicamento que pôs, e uma pessoa mais nova não tem a capacidade nem tem o discernimento, nem tem ginástica mental ainda para perceber que aquilo está errado.”*; *“A partir do momento em que...por exemplo távamos a falar dos desmames inotrópicos. Se tu não tens conhecimentos, nem patologia para perceber o que significa uma sudorese, uma diminuição da perfusão periférica, do debito urinário, um aumento do átrio, ele até pode ter boas pressões e continuas a fazer desmame da dopa até o doente parar ou entrar em shock. Tas a perceber? Tem a ver com os conhecimentos... e outras coisas às vezes menos... até para alertar! O nosso papel também é muito de vigilante...”*. Esta foi, aliás, a única causa de erro de planeamento referida pelos enfermeiros gestores.

Nas discussões quer com os enfermeiros prestadores de cuidados, quer com os chefes de equipa, surgiu como causa de erro o momento em que o enfermeiro se ausenta da unidade por curtos períodos (pequeno almoço ou almoço por exemplo), e não delega funções nos colegas que permanecem na unidade – *“Basta teres-te esquecido de passar[o turno] quando foste ao pequeno almoço.”*.

No grupo focal com os chefes de equipa surgiu o excesso de informação não relevante na passagem de turno de enfermagem como possível factor de erro, por potenciar a dificuldade de concentração por parte do colega que recebe o turno – *“Há outra coisa, isto parece um contra-senso o que eu vou dizer, mas às vezes o excesso de informação desnecessária pode levar ao erro. Porque a pessoa, é o seguinte, está mais que provado que se tu tiveres a falar com uma pessoa durante mais de 5 minutos seguidos a transmitir-te informações em que tu tenhas que assimilar, nem adianta tarem-te a falar daquilo porque estás a ouvir mas o teu cérebro já não regista.”*.

## **Erros de execução (Lapsos e falhas)**

Os erros de execução foram uma das tónicas dominantes em qualquer uma das discussões, principalmente erros de comissão.

### **Preparação de terapêutica**

Os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados consideraram que na preparação de terapêutica, mais especificamente na preparação de fármacos para administração endovenosa por perfusão contínua, ocorrem esquecimentos na identificação quer do fármaco que consta na seringa- *“uma seringa que não esteja identificada num doente.”*, quer da sua dosagem e concentração. Ocorrem também discordâncias entre o fármaco que está a ser administrado e respectiva dosagem, e o que consta na identificação da seringa infusora – *“Discordâncias entre a prescrição, o que está escrito na nossa seringa e o que está assinalado na nossa folha.”*.

Os enfermeiros prestadores de cuidados consideraram também que se erra por não confirmação da prescrição médica – *“Ou administrares por exemplo uma medicação em que, anh, por qualquer motivo está prescrita, anh, mas chega a um certo dia e passa a ser em SOS apenas, e a gente continua a administrar independentemente de, do que... é uma constante estarmos a fazer, e repete-se novamente.”*

Os enfermeiros chefes de equipa não fizeram referência a erros de preparação de terapêutica.

### **Administração de terapêutica**

Os erros de administração de terapêutica foram, na generalidade das discussões os que os enfermeiros conseguiram identificar com mais facilidade. Os três grupos de enfermeiros referiram a omissão de administração de medicamento, a administração de uma dose diferente da prescrita - *“Portanto estava prescrita uma dose, no papel, no registo da enfermeira estava essa dose, mas na seringa estava outra, e a concentração era significativamente superior”*, a administração de um fármaco errado – *“administração errada de um medicamento”*, o incumprimento do horário de administração de terapêutica – *“E depois há outras coisas como por exemplo eventualmente aqui, e porque é um serviço que também vive de rotinas, e a mim também já me aconteceu, é assim... pôr medicação a uma hora menos... mais estranha, digamos assim, que é... também escapa, e o facto de escapar e não ter sido dada às 9h00, ou às 11h00, ou às 14h00, que são horas que vêm depois um bocadinho fora, não deixa de ser um erro.”*, e a administração de fármacos que não se encontram prescritos – *“Eu acho que é errado tu administrares, por exemplo, analgesia sem prescrição...”*; *“Das hidroxizinas à noite, dás haloperidois... quer dizer, dás.”*.

### **Monitorização**

Os erros de monitorização foram referidos nos três grupos de enfermeiros, e na totalidade dos grupos focais. A deficiente gestão de prioridades associada à falta de conhecimentos é referida pelos profissionais como um factor condicionante da adequada monitorização e vigilância dos doentes – *“Se há falta ou lacunas nesses conhecimentos vai haver omissões de detecção situações de risco que,*



*também como todos nós sabemos, quanto mais tarde pior...”; “Porque acabamos por descorar a vigilância no doente mais crónico. Ou porque ele tá cá há mais tempo, ou porque teoricamente tem estado estável e tu já não estás tão desperto para isto ou aquilo ou... depois especificamente nos cuidados, também são bem diferentes na forma como... possivelmente enquanto que num doente no pós operatório imediato não cometeremos tantos erros de omissão, nos crónicos temos. E tendencialmente serão mais de omissão.”*

Os enfermeiros prestadores de cuidados identificaram ainda como erro de omissão a não confirmação e ajuste dos alarmes dos equipamentos - *“Tu podes às vezes, tens um colega que tem um doente, e que tem o alarme constantemente a tocar, e que o colega nem vai lá, nem ajusta os parâmetros e às tantas o teu doente tá a tocar o alarme e tu achas que é o do teu colega.”*, e os enfermeiros gestores referiram mais abrangentemente o não preenchimento ou incorrecto preenchimento da ficha de verificação existente na unidade pediatria - *“Só não se consegue quando as pessoas não respeitam o procedimento de realizar o preenchimento da ficha de verificação... que é o que acontece algumas vezes.”; “as pessoas simplesmente colocam um visto e assinam. Portanto, no momento em que eles colocam o visto de confirmação e assinam, são responsáveis por aquilo, e às vezes as pessoas não têm é, anh... a noção de responsabilidade sobre, sobre isso... que têm sobre essa situação.”.*

### **Assépsia e controlo de infecção**

No que diz respeito à manutenção de assepsia e controlo de infecção só foram referidos erros de omissão. Apenas os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados se referiram a estes erros, sendo que ambos referiram a não lavagem das mãos entre procedimentos - *“Às vezes prestamos cuidados a um doente, e esquecemo-nos, distraímos-nos e pronto passamos a outra coisa...”*; Os enfermeiros prestadores de cuidados referiram ainda a não lavagem das mãos à saída da unidade - *“Saímos da unidade e se calhar não lavamos as mãos.”.*

Como foi já apresentado, estes erros de execução parecem ocorrer predominantemente por cansaço físico, distração, descontração, esquecimento, mecanização dos actos e stress, factores transversais a todas as discussões. Para além destes, os enfermeiros chefes de equipa e prestadores de cuidados consideraram ainda que a alteração do ritmo circadiano, o cansaço psicológico, confusão, excesso de confiança e pressa, intervêm igualmente no ciclo do erro de execução. A inibição e medo apareceram apenas num grupo focal como determinante de erro - *“Há pessoas que têm vergonha, têm medo de perguntar...”*; *“Imagina estares num turno só com as pessoas que te inibem.”.*

## Erros de Comunicação

Um aspecto importante deste estudo foi a constatação da relevância atribuída pelos participantes aos erros de comunicação, não só entre enfermeiros, mas essencialmente entre enfermeiros e médicos e entre enfermeiros e utentes.

Os enfermeiros chefes de equipa e prestadores de cuidados consideraram que a omissão de informação na passagem de turno de enfermagem, aquando da ausência da UCI e nas notas de evolução são erros de comunicação importantes – *“De cálculos ou até o omitires um registo, qualquer coisa que tu fizeste, não registaste.”*; *“Falhas de comunicação, mesmo na passagem de ocorrências, coisas que são omissas para mim também podem ser classificadas de erros.”*. Os enfermeiros gestores não referiram erros de comunicação por omissão.

No que diz respeito aos erros de comissão, este último grupo referiu como único erro os enganos nos cálculos dos balanços hídricos, referido aliás também pelos enfermeiros e enfermeiros chefes de equipa – *“As folhas de registo, por exemplo. Enganares-te nos balanços.”*; *“Esqueceres-te de lançar alguma coisa que estava a correr...”*.

Estes dois últimos grupos de enfermeiros referiram ainda as prescrições telefónicas como erro de comunicação – *“Há outro aspecto que só não favorece muito o erro porque a gente anda muito em cima do acontecimento, que tem a ver com as prescrições médicas, a forma como são feitas as prescrições médicas e alteradas as prescrições médicas, principalmente na unidade de adultos, em que muitas delas são feitas pelo telefone.”*. Para os enfermeiros chefes de equipa o excesso de informação na passagem de turno, já referido, e o volume da voz elevado também são erros activos de comunicação – *“Barulho! Vozes, pessoas a falar, confusão, é horrível.”*. Os enfermeiros prestadores de cuidados referiram ainda que existem erros de comunicação por comissão com o doente e família, nomeadamente dar informações incorrectas ou imprecisas à família ou dar informações que não façam parte das competências de enfermagem – *“Mas sabes o que é que eu acho? Eu às vezes em relação a isso, e falo por mim, eu se calhar às vezes também não tou ilucidada no que diz respeito à informação à família. Eu também tou aqui a falar mas eu não sei aquilo que posso dizer, e montes de vezes digo coisas que se calhar não são da minha competência.”*; *“O facto de às vezes não se explicar as coisas da forma mais correcta aos doentes, ou à família, e provocar um estado de ansiedade aquele doente, que lhe vai provocar... a família vai ficar lá fora preocupada, ansiedade da família provoca ansiedade ao doente, sobe a tensão... pronto!”*.

## Violação de procedimentos

No que diz respeito à violação de procedimentos, e reconhecendo a satisfação das NHF's dos doentes como um dos pilares dos cuidados de enfermagem, em todos os grupos focais foram referidos procedimentos que deixam de ser realizados ou que são realizados de forma inadequada.

Enfermeiros gestores, chefes de equipa e prestadores de cuidados estiveram de acordo ao referir como erro por violação de procedimentos o não posicionar o doente com a frequência adequada – *“É os posicionamentos: no doente de pos operatório imediato, costuma-se pecar por posicionamentos excessivos, por excessos, e no crónico...ah, pode considerar isto: peca-se por defeito, com falta de posicionamentos...”*; *“Acho que também há muito aquela coisa do: ok, já não está em perigo de vida, já não tens que estar a avaliar sinais não sei quê, já tá um bocadinho melhor, e tu descuras outras coisas como: o posicionar...”* e a omissão de administração de medicamentos prescritos – *“Propanolol. Tem pressões de 60/70, quer fazer propanolol? Faça Sra. Enfermeira. Tu achas que não deves fazer...se calhar assinas e não fazes.”*

Como causa destes erros identificaram a carga de trabalho, má avaliação de enfermagem e negligência, como já foi apresentado neste capítulo. A realização de acções interdependentes sem consentimento médico, identificado também pelos três grupos de enfermeiros, foi reconhecida como um acto negligente, justificado por indefinição das funções de enfermagem, ausência frequente do médico da UCI, excesso de confiança e negligência – *“Porque se calhar se fosse assim, a questão da extubação ou, como é interdependente era sempre validada, não é, e muitas vezes não é.”*; *“Já vestiram a camisola de tal forma que acham que aquilo é deles. Já não tem que se ligar para o médico, não tem que validar, porque ele controla tudo naquela área.”*; *“Nós não temos protocolos que nos defendam. É isso que eu não percebo! Se é suposto tu fazeres, criem protocolos! Pá! Por amor de Deus! Se...ninguém tá aqui a dizer que nós não podemos fazer e que temos que tar sempre a telefonar ao médico para tudo, porque é incomportável, então que criem protocolos, como se faz... na cardiologia funciona por protocolos.”*

Outra violação referida foi a ocultação de erro, tendo na origem desconhecimento do erro, medo, irresponsabilidade e negligência – *“Tanto isso como uma pessoa ser honesta ao ponto de admitir que errou, e há outras pessoas que tentam ocultar o erro que fazem.”*; *“Portanto, vocês vejam a quantidade de erros que houve aqui, que até pode não ter sido por intenção, acredito, as pessoas não me contaram se calhar não foi por intenção, mas aí está, a nossa maturidade tem que ir mais longe, tem que crescer... é a nossa maturidade que também nos impede de fazer alguns erros, e ao mesmo tempo também nos impede de aumentar o tipo de consequências daquela situação.”*

## - FACTORES LATENTES

Os enfermeiros **gestores** consideraram que a prescrição electrónica (categoria B) pode ser um dos factores latentes indutores de erro – *“... porque não há uma barreira a nível do sistema informático para a prescrição... depois...o que permite prescrições incorrectas, anh...porque tendo em conta que se houvesse uma auditoria entre as folhas... entre a nossa folha... entre a folha de prescrição e aquilo que é transcrito, de certeza que havia aí muitas... não conformidades.”*; bem como o facto de a UCI ser uma unidade aberta (C), podendo potenciar comportamentos de não lavagem das mãos entre procedimentos ou entre doentes – *“(...) é o facto de ser aberta, é muito mais fácil deslocar-se de um doente para o outro sem passar no respectivo sítio, que é a desinfecção das mãos, ou lavagem.”*. Também a carga de trabalho (categoria E) parece ser para os gestores condicionador de erros por cansaço – *“(...) pode haver alturas em que haja muito mais trabalho! Supõe que nesse turno houve quatro paragens, pode acontecer... se calhar quatro não, mas já vi duas ou três...”*. A

não existência de protocolos (de desmame de inotrópicos e ventilatório) também foi referida – *“muitas das vezes não era perguntado se podia, estava tudo bem, não sei quê, tomava-se a decisão de extubar, que não me parece que seja o correcto (...) tendo em conta que não há protocolos! Como também não há protocolos para o desmame [de inotrópicos] e a pessoa começa a fazer.”*; bem como o estado crítico dos doentes (F) – *“O estado crítico implica sempre maior intervenção terapêutica. Nomeadamente medicação. E por aí, pode-se aumentar o erro.”*.

Para os **chefes de equipa** são essencialmente factores associados à categoria D - funções interdependentes a condicionar os erros dos enfermeiros. Os principais factores referidos estavam relacionados com a terapêutica: erros na prescrição médica e alterações de terapêutica frequentes – *“...Só não favorece muito o erro porque a gente anda muito em cima do acontecimento, que tem a ver com as prescrições médicas, a forma como são feitas as prescrições médicas e alteradas as prescrições médicas, principalmente na unidade de adultos, em que muitas delas são feitas pelo telefone”* bem como o facto de existirem rótulos e ampolas de fármacos diferentes muito idênticas bem como rótulos com letras ilegíveis – *“Temos nomes de medicamentos extremamente parecidos, temos ampolas que são iguais, temos letras demasiado pequenas nos rótulos”*; *“Não devia haver, por exemplo, é inadmissível que uma ampola de Lasix seja praticamente igual a uma ampola de adrenalina.”*.

Para este grupo, os factores físicos (categoria C) associados à luminosidade da unidade também assumem uma relevância importante na ocorrência de erros, como a inadequada localização dos pontos de luz e a reduzida luminosidade no turno da noite – *“O facto de se reduzir bastante as luzes durante a noite pode levar a más leituras, anh, isso às vezes é comentado, às vezes os doentes parecem-nos diferentes na saída de vela quando se acendem as luzes, não se consegue avaliar da mesma forma a cor das pessoas, ou problemas respiratórios.”*; *“aquela luz, aquelas lâmpadas estão muito mal posicionadas, estão em cima dos doentes.”*; *“As luzes estão mal postas. Quer dizer se eu estivesse deitada numa cama não queria estar a olhar para uma luz destas, não é?”*; *“E depois as luzes de cabeceira não são grande coisa.”*

A constante implementação de inúmeros protocolos sem um período adequado de adaptação e as mudanças frequentes são também factores latentes importantes (categoria B) – *“As mudanças são, são diárias. Eu digo que elas, eu digo que elas não sejam, não tenham pertinência e não sejam adequadas.”*; *“Não podem é ser despejadas em cima de nós, e a espera que nós tenhamos capacidade para absorver tudo. Nós já temos que saber tanta coisa....”*.

Os restantes **enfermeiros** referiram que os factores respeitantes à envolvente do trabalho (C) têm grande influência na ocorrência de erros, particularmente os associados a equipamentos - *“E mesmo as torneiras e tudo...temos que manipular a torneira para abrir a torneira e fechar. Agora até que temos as novas normas para lavagem das mãos, que são aquelas torneiras com sensores.”*; *“As cortinas estão sempre sujas, estão sempre caídas, e aquilo... portanto, mesmo para a privacidade do doente, muitas vezes a gente nem puxa a cortina porque aquilo tá tudo caído.”*; *“Por vezes a luz é o ideal, ou suficiente para o doente conseguir descansar, mas se calhar para nós não é o suficiente para conseguirmos trabalhar.”*

Os factores associados a normas e protocolos (B), com destaque para a ausência de protocolos que os enfermeiros consideraram essenciais para a definição das suas funções, também são referidos na maioria dos grupos - *“Eu acho que uma falha grande no nosso serviço em termos de normas e protocolos é os desmames ventilatórios e a extubação. Acabamos por ser nós faze-lo, o que pode levar a grandes erros, e não estamos seguros por nada, nem por protocolos, nem por normas. Acabamos por não saber se estamos a fazer correcto, se acontecer algum erro quem é que ao assume...”*; *“Nós não temos protocolos que nos defendam. É isso que eu não percebo! Se é suposto tu fazeres, criem protocolos! Pá! Por amor de Deus! Se...ninguém tá aqui a dizer que nós não podemos fazer e que temos que tar sempre a telefonar ao médico para tudo, porque é incomportável, então que criem protocolos, como se faz... na cardiologia funciona por protocolos.”*

Os factores associados à equipa de enfermagem e pluridisciplinar (D) também apareceram evidenciados em todas as discussões. Os enfermeiros consideraram que existe pouco trabalho em equipa intra e interprofissional - *“É assim, a nossa unidade é demasiado específica. O erro tá sempre presente, o erro tá sempre presente. Quer seja a nível de conhecimentos, a nível relacional, uma vez que temos que trabalhar em equipa, e há pessoas que não trabalham em equipa, isolam-se e ficam só com o doente. Portanto, há maior risco de erro, porque não há uma confirmação, não há uma partilha.”*. O facto de durante a noite e grande parte do dia não se encontrar um médico presente na UCI e as dificuldades de comunicação, também preocupam os enfermeiros - *“Falta de comunicação (...) entre, neste caso, médico e enfermeiro.”*; *“O facto de não termos o médico sempre presente, não termos o médico a quem possamos recorrer, tantos nos adultos como na pediatria.”*; *“E o facto de não termos um médico aqui constantemente na unidade, quer seja nos adultos ou na pediatria, que acontece muito, anh...o médico não está na unidade, e muitas vezes é muito complicado estabelecer e ... porque é assim, estamos mais entre aspas limitados, porque não podemos fazer nada sem o consentimento do médico, sem indicação do médico, e nem sempre isso acontece porque ou... o médico está a dormir e não atende o telefone.”*; *“Se tu até te dás bem com o médico, e tens mais à vontade para perguntar aspectos da cirurgia, e como é que correu, como é que fez isto, e como é que fez aquilo e até podes tirar duvidas com o médico sobre, epá medicação, sobre qualquer coisa... agora se é uma pessoa com quem...”*

**Quadro 3 – Factores latentes potenciadores de erro**

UNIDADE DE CONTEXTO		UNIDADE DE REGISTO	G	C	E
(A) Contexto institucional		Destacamento para outros serviços		●	
		Erro no fornecimento de medicação	●		
(B) Factores organizacionais e de gestão	Cultura do serviço	Alterações sistemáticas de números de telefone e BIP's		●	
		Códigos visuais na folha (pontos nas horas de medicação)	●	●	
		Realização de funções médicas		●	●
		Erros no sistema de prescrição electrónica	●		
		Falta coerência nas decisões de gestão		●	●
		Falta de valorização por parte dos superiores hierárquicos			●
		Impunidade		●	
		Mudanças frequentes e concomitantes		●	
		Múltiplas folhas de terapêutica por dia/por doente	●	●	
		Não existência de passagem de ocorrências geral na pediatria			●
		Não integração da família nos cuidados			●
		Pendurar batas esterilizadas na adufa e reutilizá-las			●
		Prescrições com horas específicas e não com intervalos de horário		●	
		Prescrições não uniformizadas (nome genérico/comercial)	●	●	
		Preparação de perfusões pelo colega anterior			●
		Pouca preocupação com o fenómeno do erro		●	●
	Formação	Erros de integrações		●	●
		Escassez de acções de formação no serviço			●
		Inexistência de um programa anual de formação			●
		Inexistência de formação sobre transplantação			●
		Inexistência de formação sobre equipamentos de assistência ventricular			●
		Pouca variedade de temas de formação			●
	Normas e protocolos	Excesso de introdução de normas ao mesmo tempo		●	
		Quantidade elevada de novos protocolos sem período de adaptação		●	●
		Indefinição de papéis/competências do enfermeiro			●
		Inadequação do horário das visitas para um doente com internamento prolongado			●
		Não integração da equipa na elaboração de protocolos da unidade		●	●
(C) Factores da envolvente do trabalho	Físicos e equipamento	Alarme de paragem igual a alarme de dessaturação			●
		Carros de terapêutica da unidade adultos e pediatria muito diferentes			●
		Contentores corto perfurantes das unidades pouco acessíveis			●
		Cortinas caídas			●
		Cortinas sujas			●
		Diminuição luminosidade à noite		●	●
		Focos de luz por cima do doente		●	●
		Focos de luz de fraca qualidade		●	
		Inexistência de cortinas na unidade 1 da pediatria			●
		Inexistência de câmara para preparação de anfotericina etc.			●
		Inexistência de monitor central			●
		Prateleiras de arrumação dos soros não estarem subdivididas e protegidas			●
		Ruído		●	●
		Torneiras sem sensores			●
		Unidade aberta	●		●

<b>(C) Factores da envolvente do trabalho (cont.)</b>	Material	Fármacos com nomes idênticos		●	
		Fármacos diferentes com ampolas iguais		●	●
		Fármacos com nomes idênticos arrumados em gavetas contíguas		●	●
		Inexistência de ferros específicos			●
		Letras dos rótulos das ampolas pequenas		●	●
		Não conformidade entre a dosagem da ampola e a que consta na identificação do carro		●	
		Rótulos de ampolas de fármacos diferentes muito parecidos		●	
<b>(D) Factores respeitantes à equipa</b>	Enfermagem	Menos de vigilância em períodos de ausência de elementos do serviço			●
		Dificuldade de articulação com a equipa dos intermédios/enfermaria			●
		Elementos novos na equipa desconhecerem códigos de comunicação		●	
		Má relação na equipa			●
		Não separar esfera privada da esfera do trabalho			●
		Pensamento biomédico			●
		Pouco espírito de equipa			●
	Pluriprofissional	Dificuldade de articulação entre equipa médica e de enfermagem	●	●	●
		Desorganização dos processos clínicos			●
		Desconhecimento da localização do intensivista ou medico de serviço	●		●
		Erro na prescrição médica	●	●	●
		Falhas na reposição de material nas unidades dos doentes			●
		Falta de confiança do médico no enfermeiro		●	
		Falta de confiança do enfermeiro no medico			●
		Fármacos mal arrumados		●	
		Humor do médico			●
		Inibição de falar com o médico			●
		Língua diferente			●
		Médico ausente da unidade	●		●
		Médico estar a dormir e não perceber a informação			●
		Médico não atender telefone/responder bip			●
		Prescrições orais		●	●
		Prescrições via telefone		●	●
		Pouco espírito de equipa			●
		Relação interpessoal médico-enfermeiro		●	
		Relações hierárquicas			●
		Soros mal arrumados			●
		Volume grande de pessoas na unidade	●	●	●
<b>(E) Factores respeitantes às funções</b>		Carga trabalho	●	●	●
		Excesso de burocracia		●	●
		Inexistência de protocolo de actuação em paragem cardio respiratória			●
		Inexistência de protocolo de analgesia			●
		Inexistência de protocolo de avaliação de sinais vitais na pediatria			●
		Inexistência de protocolo para colheita de gasimetria arterial		●	●
		Inexistência de protocolo para desmame ventilatorio/extubação	●	●	●
		Inexistência de protocolos de manipulação de assistência ventricular			●
		Necessidade de estabelecimento de prioridades			●
		Rotinas	●		●
		Trabalho por turnos	●	●	●
<b>(F) Factores respeitantes aos doentes/família</b>		Ansiedade da família			●
		Ansiedade do doente		●	●
		Estado critico dos doentes	●	●	●
		Imprevisibilidade	●	●	●
		Presença dos pais			●

**Legenda**

G: Gestores    C: Chefes equipa    E: Enfermeiros

Os factores latentes identificados pelos enfermeiros parecem estar maioritariamente associados à cultura do serviço, a factores físicos e equipamento e factores respeitantes à equipa. Estes factores tiveram pouca visibilidade na discussão dos enfermeiros gestores, tendo sido longamente discutidos pelos restantes enfermeiros.

### Contexto institucional

O destacamento pontual dos enfermeiros para outros serviços do Hospital parece ser para os enfermeiros chefes de equipa um factor de erro presente – *“Se calhar se me mandarem para uma UCIP, há actividades que são mais parecidas com o que eu estou habituada a fazer, se me destacarem para uma enfermaria de vascular, há muita coisa... Eu não vou conseguir dar conta do recado.”*; *“Eu não me recuso a trabalhar, eu faço tudo o que souber fazer mas à tarefa. Eu não recebo doente nenhum porque eu não consigo prestar-lhe os cuidados integralmente. A partir do momento em que recebo sou eu o responsável, se alguma coisa eu não fizer, ou se alguma coisa eu fizer mal, e o não fazer não deixa de ser um erro.”*. Os gestores referiram que o erro no fornecimento de medicação por parte da farmácia hospitalar poderá também condicionar erros em cadeia – *“Duas vezes por semana são efectuados os pedidos à farmácia, anh...detectamos alguns erros quando a farmácia nos fornece mas, também prontamente ligamos e fazemos a nossa reclamação.”*.

### Cultura do serviço

Em todos os grupos focais foram referidos diversos factores associados à cultura do serviço.

Quer os chefes de equipa quer os enfermeiros prestadores de cuidados atribuíram grande importância a este factor. A realização de funções médicas, associada à indefinição das funções de enfermagem abrem portas, na opinião destes enfermeiros, à ocorrência de erros – *“Que aqui há muitas tarefas em que tu tens que ser... pronto, tens que ter a tua própria autonomia, independentemente...quanto mais quando não tens médico por perto, isso às vezes pode provocar... é mais propício, pronto, à ocasião de erro.”*; *“Eu acho que isto é bocadinho também, no fundo acho que é um bocadinho a cultura do serviço, digamos assim, porque nos moldamos um bocado ao serviço e o serviço é que nos faz isto. Porque é... nós no fundo estamos num serviço em que temos muita autonomia, e se calhar... o que nos dá pica é isso, é poder...anh, eu poder fazer as coisas... pelo menos eu falo por mim.”*; *Portanto, deviam-se definir áreas concretas em que as pessoas erram mais, em que há mais hipótese dos erros serem muito graves, e portanto seria essas áreas em que se tem que fazer verificações, se tem que incidir, e não estar constantemente a emanar ordens, que no fundo, são isso, é ordens, e tens que cumprir, e o que acontece é que se as pessoas não acharem que isso é importante, anh, vão-nas cumprir parcialmente, e pronto, vão cumprindo.”*.

### Formação

À parte dos erros na integração de novos elementos, que também foi nomeado pelos chefes de equipa, apenas os enfermeiros prestadores de cuidados se referiram a esta categoria. Em grande parte dos grupos os enfermeiros referiram que a inexistência de formação sobre especificidades do serviço como a transplantação ou assistência ventricular dão lugar a falta de conhecimentos essenciais à prestação de cuidados – *“Eu acho que nisso nós paramos muito no tempo. Completamente. No*



*início, quando eu entrei para cá, tivemos... foi a única fase em que existiram diversas... que éramos muitos, fomos 10 que entramos...tivemos para aí uma serie de formações seguidas porque éramos novos cá. A partir daí não houve mais.”; “Sim, vai bater na tecla que eu ia dizer. Para tu teres aqui uma coisa nova, específica, devias ter formação.”.*

### **Normas e protocolos**

A não integração da equipa na elaboração de protocolos da unidade e a quantidade elevada de novos protocolos sem período de adaptação são, para os chefes de equipa e restantes enfermeiros prestadores de cuidados, factores latentes potenciadores de erro, gerando desinteresse e confusão – *“Agora lembrei-me aqui de outra coisa que favorece muito o erro. Que é a mudança constante de números de telefone, de números de BIP’s, ou a chuva de procedimentos que semanalmente são introduzidos.”; “...quando pensam em fazer alguma coisa, deviam pensar que quem está a operacionalizar as coisas também tem, não é por computador, e tem um cérebro limitado, e portanto, o cérebro precisa de algum tempo para se adaptar as alterações, o que andarem a mudar o BIP de 2 em 2 dias, ou de 3 em 3 dias, resumindo, eu agora, cada vez que quero, tenho que olhar para folha, quando ouve uma altura que eu quando queria tinha tudo operacionalizado na minha cabeça. Agora vou sempre confirmar se ainda é aquele. Porque de facto, os números mudam todos os dias... isto para uma situação de urgência, atrasa, atrasa ali algum tempo.”.*

Os enfermeiros gestores não fizeram referência a erros relacionados com normas e protocolos.

### **Factores físicos e equipamento**

Os factores físicos e relacionados com equipamentos foram outra das categorias que predominaram grande parte das discussões dos enfermeiros prestadores de cuidados e chefes de equipa. Os enfermeiros gestores fizeram apenas referência ao facto de, por a unidade ser aberta, haver maior possibilidade de não proceder à lavagem das mãos entre procedimentos e entre doentes. Nos grupos focais dos enfermeiros prestadores de cuidados, foi dada maior relevância aos factores associados a equipamentos, como inexistência de torneiras com sensores – *“E mesmo as torneiras e tudo...temos que manipular a torneira para abrir a torneira e fechar. Agora até que temos as novas normas para lavagem das mãos, que são aquelas torneiras com sensores.”; inexistência de monitor central - “Eu acho que apesar de nós termos uma unidade aberta, principalmente nos adultos, eu acho que fazia falta um monitor central. Porque cada vez que toca algum alarme, não só fazemos aquela figura triste de andarmos de um lado para o outro a ver de onde é que é, como tu não tens directamente a percepção. Eu já tive em unidades em que como tu tens um monitor central, tu automaticamente diriges-te aquele doente porque viste que era ali. Apesar de ser aberta acho que era uma coisa que faria com que agíssemos muito mais rapidamente.”; ou a localização dos focos de luz, muito salientados também pelos enfermeiros chefes – “Aquele luz, aquelas lâmpadas estão muito mal posicionadas, estão em cima dos doentes, e portanto aí, quer dizer, a gente não consegue...também não vamos ter as luzes a bater nos doentes.”; “E depois as luzes de cabeceira não são grande coisa, e 50% das vezes não funcionam.”.*

### **Material**

Os enfermeiros chefes de equipa e os restantes prestadores de cuidados foram peremptórios a afirmar que muitos dos erros de medicação são potenciados por dificuldades em diferenciar os

fármacos que têm uma apresentação igual, bem como em identificar fármacos cuja apresentação se encontra em letras praticamente ilegíveis – *“Temos nomes de medicamentos extremamente parecidos, temos ampolas que são iguais, temos letras demasiado pequenas nos rótulos.”*; *“Por exemplo como a furosemida, a adrenalina, a atropina...é tudo preto com o rotulo azul.”*.

Os enfermeiros gestores não fizeram referência a factores associados ao material.

### **Equipa de enfermagem**

No que diz respeito à equipa de enfermagem, factores como falta de espírito de equipa – *“O erro tá sempre presente, o erro tá sempre presente. Quer seja a nível de conhecimentos, a nível relacional, uma vez que temos que trabalhar em equipa, e há pessoas que não trabalham em equipa, isolam-se e ficam só com o doente. Portanto, há maior risco de erro, porque não há uma confirmação, não há uma partilha.”*; má relação entre colegas e dificuldade em separar as esferas pessoal e profissional – *“Outra que tem a ver sim com esse nível das amizades, funciona nos dois sentidos, anh... há muitos casos de pessoas que são amigas e que isso afecta o trabalho. São muito amigas, distraem-se na conversa um com o outro, e isso pode provocar erros, também acontece. E há também o inverso, apesar de ser mais raro, de pessoas que têm quezílias uns com os outros e quase propositadamente afectarem...esquecerem-se de que estamos a tratar de doentes e que o doente não tem culpa nenhuma, e de prejudicar o doente porque também querem prejudicar aquela pessoa com quem tão chateados.”*, ou dificuldade de articulação com outros sectores do serviço – *“O exemplo que eu ia dar é quando tu tens que transferir um doente. Às vezes acaba-se...e eu vou falar do lado dos intermédios primeiro e depois vou falar da nossa, imagina, eles se calhar até têm uma vaga e podem muito bem receber o doente, mas até preferem ir tomar primeiro o pequeno-almoço três pessoas juntas, em vez de irem só duas e: ah e tal agora não podemos receber! E se calhar é o doente que fica prejudicado.”*, foram referidos pelos prestadores de cuidados como possíveis potenciadores de erro.

Os chefes de equipa referiram que o desconhecimento de códigos de comunicação (orais ou escritos) por parte de elementos novos poderá desencadear erro – *“E há outra coisa que é pessoas novas na equipa. Se tu tiveres demasiados médicos jovens ou enfermeiros jovens que ainda não saibam, nós funcionamos muito por códigos de comunicação, e às vezes os códigos de comunicação ainda não são bem conhecidos: quer pela parte médica quer pela parte de enfermagem. Isso pode desencadear erros. Porque as pessoas têm maneiras próprias de falar, de interpretar, e de comunicar, e fazemo-nos entender melhor quando já trabalhamos juntos há algum tempo.”*.

Os enfermeiros gestores não referiram factores potenciadores de erro respeitantes à equipa de enfermagem.

### **Equipa pluriprofissional**

Todos os grupos fizeram referência a factores associados à equipa pluriprofissional – *“Se o auxiliar até arruma mal e tu vais na confiança de que aquele sistema, que está ali, naquele nome, é o indicado, vais, e abres se calhar sem confirmar duas vezes. É automático.”*, debruçando-se maioritariamente na interacção com a equipa médica. Os três grupos de enfermeiros afirmaram que as dificuldades de articulação

entre equipa médica e de enfermagem – “Se tu até te dás bem com o médico, e tens mais à vontade para perguntar aspectos da cirurgia, e como é que correu, como é que fez isto, e como é que fez aquilo e até podes tirar dúvidas com o médico sobre, epá medicação, sobre qualquer coisa... agora se é uma pessoa que mostra muita superioridade, ou até te responde mal, tu se calhar até ficas assim um bocado mais retraído...”; “Se tu tens que voltar a dizer passa-se isto, isto e isto, e o médico até se passa contigo e diz: olhe, telefone ao outro meu colega. E o doente até é dele, e depois tu tens que voltar a repetir a coisa, e tens que voltar a chamar porque a situação não tá a melhorar, a pessoa...”, erros na prescrição médica – “E a nível médico a mesma coisa, não é? É no fundo a folha de prescrição é copy past de um dia para o outro.”; “Ou é induzido por uma prescrição mal feita que tu acabas por administrar esse medicamento assim como está prescrito.”; “O propranolol endovenoso já foi prescrito que eu lembro-me, porque foi comigo, por acaso. Ou o sucralfato endovenoso...percebes?”, e o grande número de pessoas na UCI podem potenciar o erro. O médico estar ausente da UCI e os enfermeiros desconhecerem a sua localização, as prescrições via oral ou telefonicamente – “Há uma médica que às vezes dá indicações à noite que depois diz: eu disse? Mas eu disse para fazer? Sim! Epá, já não me lembrava! Por acaso nunca foi nada de grave, mas um dia pode ser alguma coisa de grave que ela te confronte e diga: não, não disse. E depois como é que tu justificas? Indicação telefónica. Epá, tá bem.”, “E...a prescrição telefónica também, ou verbal. Ah! Dr., este doente tem dor. Ah, então faça-lhe 5mg de morfina. Ah, mas eu não tenho morfina prescrita. Ah, eu já aí vou escrever.”, foram outros factores frequentemente referidos pelos enfermeiros.

### Funções

Os factores respeitantes às funções, nomeadamente à indefinição de papéis, foram referidos pelos enfermeiros gestores, chefes de equipa e prestadores de cuidados.

A carga de trabalho – “Eu falo é a nível da sobrecarga de trabalho, que muitas vezes nós estamos ocupadas com coisas que não, como... os processos, como queres por uma etiqueta na folha do sangue e vais ver ao processo e tens aquilo... quer dizer tens que parar para arrumar, para organizar, é assim... há pessoas que só fazem esse serviço que são as secretarias de unidade, por exemplo. Tou a falar é que às vezes nós ocupamo-nos demais com coisas que nos distraem daquilo que é realmente essencial.”; “Não fazermos um penso porque não tivemos tempo e ficou por fazer, não preparamos uma droga para o colega, a medicação ficou mais atrasada porque não tivemos tempo.”, o trabalho por turnos – “O trabalhar por turnos.”; “Os turnos, as noites.”, e a inexistência de um protocolo de desmame ventilatório e extubação (funções médicas, delegadas nos enfermeiros desta UCI), são considerados pela generalidade dos participantes – “Eu acho que uma falha grande no nosso serviço em termos de normas e protocolos é os desmames ventilatórios e a extubação. Acabamos por ser nós faze-lo, o que pode levar a grandes erros, e não estamos seguros por nada, nem por protocolos, nem por normas. Acabamos por não saber se estamos a fazer correcto, se acontecer algum erro quem é que ao assume.”.

Foram ainda frequentemente referidos o excesso de burocracia, as rotinas, e a inexistência de protocolos que definam as funções do enfermeiro de cuidados intensivos.

### **Doente e família**

A imprevisibilidade associada ao estado crítico dos doentes foi referida quer por gestores, chefes de equipa e prestadores de cuidados, como potenciadora de erro – “*O estado crítico do doente.*”; “*É preciso uma certa experiência para tu intervires mais atempadamente em doentes que são mais agudos e mais instáveis, mais críticos, anh, e aí os erros que podem acontecer vêm da inexperiência ou da má interpretação do que tens à frente.*”.

A ansiedade dos doentes e família e a presença dos familiares durante a prestação de cuidados foram ainda referidos como factores de stress, desencadeando possíveis erros – “*Quase que isto parece caricato estar a culpar o doente do nosso erro, mas pronto, não deixa de pertencer ao processo, é o seguinte: aquele doente que é demasiado apelativo, mas lá está isso se calhar também acontece muito no erro médico, aquele doente que se queixa de tudo e de nada, resumindo, num dia em que tenha alguma coisa a sério é ignorado.*”; “*É termos ali os pais constantemente a olhar para nós e a ver tudo o que o enfermeiro faz, e se um enfermeiro faz assim, porque é que o outro faz assim... colocam as mesmas perguntas a todos os enfermeiros, e se não coincidir pode haver uma grande confusão, e pode originar um bocado o stress e se calhar pode induzir ou desencadear algum erro.*”.

## CONSEQUÊNCIAS DO ERRO

Quando se fala de consequências do erro, os participantes concentram-se maioritariamente nas consequências negativas e menos nos processos de aprendizagem pessoal e profissional que advém do episódio de erro.

As respostas foram organizadas de acordo com o tipo de consequências referidas: consequências para o doente/família (efeitos adversos evitáveis), consequências pessoais para o enfermeiro e consequências para o enfermeiro na equipa.

Para os enfermeiros **gestores** a ocorrência de um erro de enfermagem implica a perda de confiança do doente no profissional: *“Do ponto de vista emocional e do estabelecimento de relação, quer dizer perde-se completamente a confiança.”*; sendo a pior consequência a morte do doente: *“Anh, quando são erros graves é claro que aí muitas vezes implica, implica muitas vezes até mesmo a morte do doente.”*.

Do ponto de vista do profissional que comete o erro, as consequências pessoais e na equipa pareciam ser mais visíveis: insegurança e frustração - *“(...) tens noção que se causou um dano ou se não se causou podia-se ter causado, anh...é o nosso rigor profissional, e é a nossa segurança em termos de prestação de cuidados que passa ali um bocadinho, fia tremida.”*; tristeza e depressão - *“Depois nós achamos que os outros não confiam em nós, mas até confiam, e nunca deixaram de confiar, mas depois nós achamos que não confiam e isso diminui a nossa autoconfiança, tristeza e já vi depressões sérias e muito graves numa situação...”*; suicídio - *“De suicídio.... aqui no serviço...do enfermeiro.”*; apoio e aprendizagem - *“Eu acho que, estou-me a lembrar de situações em que acho que as pessoas foram apoiadas (...)”* ; *“Porque o objectivo das pessoas nos comunicarem é identificar não só o que aconteceu menos bem, como depois falar com a pessoa, dar-lhe apoio, pedir o que é que achas...”*

No caso dos enfermeiros **chefes de equipa** pareciam estar mais claras as consequências para o doente e família, tendo sido dada menos relevância às consequências para os profissionais implicados. Para estes enfermeiros o prolongamento de períodos de internamento decorrente de infecções nosocomiais encontrava-se intrinsecamente associado ao erro de enfermagem no - *“Talvez as consequências maiores para os doentes tenham sido se nós não cumprimos completamente todas as regras de assepsia, às vezes infecções que possam surgir que eles acabam por ficar cá mais tempo internados.”*; *“nós lidamos com os catéteres centrais como lidamos com as veias periféricas, portanto, eu até me admira como é que não temos mais sépsis.”*. Também os danos psicológicos associados a atitudes dos enfermeiros - *“Por vezes uma pessoa que fala de uma maneira mais brusca para um utente, e que nós pensamos, pronto ele daqui a dois dias não se vai lembrar, mas não, isto são coisas que marcam as pessoas para o resto da vida!”*; e o desconforto físico - *“Certo, mas também já vi doentes queixarem-se por não terem sido mexidos.”*; *“Eu já vi doentes na mesma posição durante 5, 6 horas seguidas num turno do dia, a pedir por amor de Deus para serem mexidos e não são.”*, foram dimensões salientadas por estes enfermeiros.

Os chefes de equipa consideraram que existe pouco apoio aos profissionais que cometem erros – *“Portanto, esse é o mal de nós não falarmos muito dos erros é que ele é encarado poucas vezes nesta perspectiva de aprendizagem mas sempre sim na outra perspectiva de punição.”*; *“E eu nunca vi, não é só aqui, nem aqui nem em serviço nenhum fazer-se uma cultura de tentativa de... aperfeiçoamento e aprendizagem com o erro. Mas isso é um problema que eu acho que é da classe.”*.

Os restantes **enfermeiros** referiram que a ocorrência de erros tem muitas vezes como consequência imediata para o profissional implicado, a auto recriminação e a revolta- *“Eu acho que somos nós que nos punimos. Nós próprios nos punimos.”*; *“Como eu estava a dizer um erro que eu cometa e que provoque a mutilação ou a morte do doente, acabou, quer dizer. (...) Acho que já não estou aqui a fazer nada.”*, *“Depois é a revolta; porque é que não olhaste, porque é que não viste?”*; *“Como é que eu deixei passar isto?...”*; *“Frustração.”* e insegurança – *“E deixa-nos inseguros, não é?”*. Apenas um enfermeiro fez referência às consequências legais - *“Acho que nós também nunca pensamos, ou assim a médio prazo em consequências legais, não é?”*.

No que se refere às consequências na equipa, os enfermeiros consideraram que pode ocorrer uma quebra de confiança entre os profissionais – *“(...) a atitude do medico perante nós, o grau de confiança passa a ser diferente. Poderá ficar afectada.”* e a punição por parte dos pares e superiores - *“Portanto, esse é o mal de nós não falarmos muito dos erros é que ele é encarado poucas vezes nesta perspectiva de aprendizagem mas sempre sim na outra perspectiva de recriminação, de punição.”*. Poucos enfermeiros referiram encarar o erro como um processo de aprendizagem: - *“Geralmente aquelas coisas em que eu errei nunca mais me esqueci, e se serviu de alerta fica sempre a campainha ligada.”*; *“Sim, mas também acho que há que retirar a parte boa, entre aspas, do erro, não é? Para a próxima vais ter mais atenção, ao que cometeste, pelo menos falo por mim.”*, havendo enfermeiros que consideraram mesmo não haver essa abordagem - *“Mas, nunca se tenta encarar muito a perspectiva da aprendizagem pelos erros mais pequenos, porque esses erros mais pequenos se calhar que não têm consequências tão graves para os outros e para os doentes, deviam ser aproveitados para se tentar chegar às causas desses erros e para tentar evitar que aconteçam os outros mais graves.”*;

No que diz respeito a efeitos adversos evitáveis, os enfermeiros referiram frequentemente traumas psicológicos e comprometimento da relação de ajuda - *“Anh, a nível psicológico na questão do erro da privacidade.”*; *“Ainda a questão psicológica, factor emocional, vá tipo imagina, tas a fazer uma noite, já não tens paciência nenhuma, tens um doente agitado...”*; *“Por exemplo, se... no caso do erro de não... não termos cuidado na privacidade do doente. Se não... o doente pode ficar a nível psicológico sentido e magoado, e se calhar não nos vai falar da mesma forma. Quebra-se aí um bocado a relação entre os dois. E a confiança é um bocado quebrada.”*; *“Eu já vi doentes ficarem bastante traumatizados com uma simples conversa de um colega ou de uma colega que não tava a ligar à pessoa que tava ali, por exemplo. E isso foi traumatizante para o doente tipo psicologicamente e isso é mais grave...”* e as infecções nosocomiais- *“Um erro medicamentoso pode levar a um dano físico... pode acontecer a parte da infecção.”*.

## Quadro 4 – Consequências dos erros

UNIDADE CONTEXTO	UNIDADE REGISTO	G	C	E
Efeitos adversos evitáveis	Alterações multisistémicas			●
	Ansiedade			●
	Aumento do período de internamento			●
	Danos psicológicos		●	●
	Desconfiança			●
	Desconforto físico	●		●
	Infeções nosocomiais			●
	Infiltrações vias periféricas			●
	Morte	●	●	
	Vergonha			●
Enfermeiro	Aprendizagem	●	●	●
	Culpa		●	●
	Depressão	●		
	Frustração	●		●
	Insegurança	●		●
	Legais	●		●
	Medo			●
	Não ter consciência das consequências	●		●
	Ocultação	●		●
	Revolta	●		●
	Suicídio	●		
	Tristeza			●
Equipa-Enfermeiro	Apoio	●		●
	Aprendizagem	●	●	●
	Punição		●	●
	Diminuição confiança			●
	Diminuição credibilidade			●
	Intimidação		●	●
	Exposição			●

### Legenda

G: Gestores C: Chefes equipa E: Enfermeiros

Quando se referem às consequências dos erros, os enfermeiros centraram-se predominantemente nas consequências negativas reconhecendo, no entanto, a ocorrência de erro como uma possibilidade de aprendizagem para o enfermeiro e equipa.

### Efeitos adversos evitáveis

No que diz respeito aos efeitos adversos evitáveis, as opiniões dos enfermeiros foram diversas, uma vez que os efeitos adversos estarão directamente relacionados com o tipo de erro e sua gravidade. Foram referidos desde danos psicológicos, desconfiança e ansiedade, até alterações

multissistémicas, infecções nosocomiais e morte – “*Em termos da infecção, da infecção hospitalar.*”; “*Talvez as consequências maiores para os doentes tenham sido se nós não cumprimos completamente todas as regras de assepsias, às vezes infecções que possam surgir que eles acabam por ficar cá mais tempo internados.*”; “*Eu já vi doentes ficarem bastante traumatizados com uma simples conversa de um colega ou de uma colega que não tava a ligar à pessoa que tava ali, por exemplo. E isso foi traumatizante para o doente tipo psicologicamente e isso é mais grave.*”; “*Ainda a questão psicológica, factor emocional, vá tipo imagina, tas a fazer uma noite, já não tens paciência nenhuma, tens um doente agitado e dás uma resposta mais torta.*”.

Os efeitos adversos evitáveis mais referidos pelos participantes foram o desconforto físico - “*Em relação a isso lembro-me pelo menos da possibilidade de fazer uma úlcera de pressão os doentes que não posicionados com frequência, acaba por ser um erro não posicionar com frequência, e aumentar o risco de fazer uma úlcera de pressão.*” e a vergonha, associada à não manutenção da privacidade – “*As senhoras ficam super constrangidas quando é um enfermeiro a tratar delas. E nós não temos esse tipo de cuidado porque não podemos ter, não é? A nível do nosso serviço não dá para isso, não é?*”; “*Ou o esquecer de fechar a cortina quando estamos a prestar cuidados de higiene.*”.

### **Enfermeiro**

A aprendizagem foi a única consequência identificada pelos três grupos de participantes – “*Acho que em certa parte o erro faz parte do processo de aprendizagem, nós às vezes temos de errar para fazer pronto, melhor, se calhar da próxima vez. Acho que é um facto preponderante na aprendizagem.*”; “*Também tem a outra vertente do erro, é que à medida que tu vais errando, vais aprendendo. A não ser que sejas burro, e insistas no erro, porque se não à medida que vais errando, é assim, calma lá que isto já me aconteceu, houve uma vez que eu dei este medicamento mais depressa e o doente ficou hipotenso, ou aconteceu isto, e portanto da próxima vez este erro já não vai acontecer.*”

Sentimentos de culpa, tristeza, frustração, insegurança e revolta são alguns dos mais referidos pelos enfermeiros – “*Desde tristeza, frustração.*”; “*A culpa ainda é como o outro, o pior é a insegurança que pode ficar.*”. Apenas dois participantes do estudo fizeram referência às consequências legais – “*Nós podemos ir a barra do tribunal e pagar uma indemnização x.*”.

### **Equipa-Enfermeiro**

Segundo a opinião dos enfermeiros chefes de equipa e restantes prestadores de cuidados, apesar da aprendizagem associada a uma situação de erro, as principais consequências identificadas foram a intimidação, punição e diminuição da credibilidade e confiança – “*E não só, acho que muita politica, e estou a falar deste serviço porque não tenho outra realidade, a situação de, às vezes mais do que tentar perceber o que é que causou este erro, porque é que...é tentar culpabilizar a pessoa, o indivíduo em si.*”; “*Não há o espaço em que tu possas perguntar coisas que tens dúvidas, tal como não queres assumir que não sabes. Quer dizer, se tu não assumas que não sabes, muito menos vais assumir que erraste.*”.

Apenas os enfermeiros gestores e um dos prestadores de cuidados referiram que no caso de erro se verifica o apoio por parte da equipa – “*Ah! Mas aqui as pessoas também foram apoiadas! Ah, sem dúvida! O apoio sempre foi dado.*”.



## ERRO E PERÍODO DO DIA E DE INTERNAMENTO

No que diz respeito ao período do dia e de internamento, não se verificaram diferenças significativas que justificassem a apresentação de uma análise individual de qualquer uma das categorias de enfermeiros.

Relativamente aos cuidados prestados aos doentes, a generalidade dos enfermeiros considerou que nos doentes com internamentos mais prolongados se erra mais na prestação de cuidados de higiene e conforto e na comunicação com o doente família, essencialmente por cansaço, desmotivação e negligência – *“Anh, a família tem que tar pouco tempo e não pode chatear muito, e a partir do momento em que passa a crónico vai-te chatear todos os dias e vai dizer sempre o mesmo, e tu vais virar as costas: ai! É sempre o mesmo. Que chatice! Anh... e acho que a relação deteriora-se. Começas a ficar... a fazer erros com aquela família. Porque não integras nos cuidados, que é: lá fora, e vai ter que sair, e numa unidade de crónicos não é assim que funciona.”*; *“Uma estadia mais prolongada, requer outro tipo de cuidados para o qual nós não estamos, anh... vocacionados, ou mais alertados, ou mais... se quiseses...”*; *“Vê-se que não há satisfação de algumas das necessidades do doente! Vamos até aí buscar a eliminação. Por exemplo, há doentes crónicos que chegam a estar quinze dias sem fazer a sua eliminação intestinal... e ninguém está minimamente preocupado nem atento a essas situações.”*; *“Omissão de informação, omissão de avaliação, desvalorização do próprio doente, desvalorização das actividades que são parte de enfermagem. Existe uma estabilidade quase constante nesses utentes e nós não intervimos, deixamos o barco andar.”*. Nos doentes de pós-operatório imediato, os erros mais identificados foram a nível de monitorização, preparação e administração de terapêutica, baseados em falta de conhecimentos e lapsos ou falhas – *“A ausência de rótulo, concentrações prescritas com uma concentração e na seringa com outras...”*; *“Diferenças entre a prescrição, o que está escrito na nossa seringa e o que está assinalado na nossa folha.”*; *“Se tu não tens conhecimentos, nem patologia para perceber o que significa uma sudorese, uma diminuição da perfusão periférica, do débito urinário, um aumento do átrio, ele até pode ter boas pressões e continuas a fazer desmame da dopa até o doente parar ou entrar em shock.”*; *“E aí para detectar situações de risco, é obviamente preciso ter conhecimentos, e eu focava-me muito neste porque este é mesmo 100% de enfermagem. Detectar situações de risco... o médico, toda a gente sabe que não pode tar sempre ao pé de todos os doentes.”*; *“Se há falta ou lacunas nesses conhecimentos vai haver omissões de situações de risco que, também como todos nós sabemos, quanto mais tarde pior.”*.

Quando se perguntou se havia algum turno em que o erro fosse mais frequente, a maioria dos enfermeiros não foi capaz de responder objectivamente- *“Não sei se são cometidos mais erros num turno ou no outro, mas que estamos...como que...que há mais cansaço, há mais fadiga no turno da noite, e que isso pode conduzir a mais erros, eu acho que sim.”*; *“Não sei se são cometidos mais erros, não consigo responder a isso, mas...”*; *“Todos [os turnos] têm factores que ajudam e outros que dificultam.”*. As opiniões dos participantes dividiram-se entre os turnos da manhã - *“Mesmo às vezes as manhãs com a falta de tempo, com doentes a serem transferidos, doentes a chegarem do bloco, eu acho que leva a grandes erros.”*; *“No turno da manhã se calhar é mais aquelas coisas por falta de tempo”*; tarde - *“À tarde é quando nos distraímos mais. É se calhar é quando nos distraímos mais.”*; *“É quando nos sentamos ao computador, começamos a falar uns com os outros, é quando vamos*

*lanchar...”; e noite – “à noite...acho que é por cansaço (...); ”...eu acho que é mais por... eu acho que mais uma vez as luzes, o ambiente de...quer dizer, tu tentas proporcionar um ambiente mais relaxado para os doentes descansarem...”*

Poucos enfermeiros referiram existir relação entre o dia da semana e a frequência do erro de enfermagem. Os participantes que consideram existir esta relação referem que o dia em que ocorrem mais erros é a sexta-feira, referindo como causas o cansaço e pressão acrescida – *“Eu acho que as sextas-feiras são caóticas. Não...Acho que...mais pela equipa médica, porque muitas vezes os doentes saem do bloco completamente... eu acho que o stress das sextas-feiras leva tanto os médicos como os enfermeiros a cometerem alguns erros.”.*

Houve ainda um enfermeiro que considerou que ao fim de semana se cometem menos erros – *“[ao fim de semana] Se tens mais tempo para prestar cuidados, se calhar tens menos tendência para [errar]...”*

Os enfermeiros não conseguiram afirmar se os erros na prestação de cuidados de enfermagem são ou não muito frequentes parecendo, no entanto, existir associações entre o erro e a altura do dia e da semana, senioridade, e tipo de actividades.

Grande parte dos participantes referiu antes que, os erros no turno da manhã ocorrem principalmente devido à carga de trabalho e ao stress, no turno da tarde por distração e no turno da noite por cansaço e diminuição da luminosidade.

Os enfermeiros que consideraram existir relação entre o período do dia e o erro, referem que o dia em que ocorrem mais erros é a sexta-feira, referindo como causas o cansaço e pressão acrescida.

Relativamente aos cuidados prestados aos doentes, a generalidade dos enfermeiros considerou que nos doentes com internamentos mais prolongados se erra mais na prestação de cuidados de higiene e conforto e na comunicação com o doente família, essencialmente por cansaço, desmotivação e negligência. Nos doentes de pós-operatório imediato, os erros mais identificados foram a nível de monitorização, preparação e administração de terapêutica, baseados em falta de conhecimentos e lapsos ou falhas.

## ERRO E SENIORIDADE

Os enfermeiros chefes de equipa consideram existir uma relação entre a senioridade e o tipo de erros. Referem que nos elementos mais novos são mais comuns os erros baseados no conhecimento - *“Não, e nos colegas mais novos há por vezes défices de avaliação (...) E despiste dos mais novos, por inexperiência, é preciso uma certa experiência para tu intervires mais atempadamente em doentes que são mais agudos e mais instáveis, mais críticos, anh, e aí os erros que podem acontecer vêm da inexperiência ou da má interpretação do que tens à frente” ; “Eu digo muitas vezes aos mais novos: larguem o monitor e o ventilador: olhem para o doente! “ . Os*

lapsos por distração e excesso de confiança surgem como causas de erro nos elementos mais velhos – “[nos profissionais mais experientes] *é mais por descuido...por distração.*”; *“Principalmente por excesso de confiança. Nós temos muitos anos, muita prática, muita coisa, e portanto já fazemos aquilo de olhos fechados.”*

## ERRO E FUNÇÕES DE ENFERMAGEM

Embora não consigam afirmar se são mais frequentes os erros nas actividades esporádicas ou nas repetitivas – *“Não consigo ver a diferença.”*; *“É um bocadinho ambivalente, eu acho. Porque nas actividades esporádicas tanto podes estar mais vigilante, vá anh.... Com imensa atenção porque é uma coisa nova, porque vais pesquisar e procurar naquele momento e naquele momento sabes aquilo, e aí se calhar, por esse lado cometes menos erros, mas por outro lado, como é feito muito poucas vezes pode induzir a erros.”*, os enfermeiros parecem estar de acordo que nas actividades esporádicas se erra essencialmente por esquecimento ou desconhecimento - *“São erros diferentes. Acho que quando são actividades esporádicas é erro por esquecimento...”*; *“Esses é por desconhecimento ou ignorância.”*, e nas repetitivas por excesso de confiança - *“Nas repetitivas acho que é outro tipo de erro, é o erro por distração.”*; *“Saltas etapas de verificação.”*; *“É o excesso de confiança.”*.

No que diz respeito ao erro nas actividades independentes e interdependentes, os enfermeiros estão também muito divididos. Os enfermeiros que consideraram que o maior número de erros residia nas funções interdependentes argumentou que essas actividades são mais frequentes e por isso mais expostas a erro: *“Aqui acho que maioritariamente deve ser as interdependentes porque nós temos aqui maioritariamente funções interdependentes.”*; *“É porque nós às vezes ficamos um bocado empatados com o nosso trabalho à espera de uma confirmação ou à espera de uma resposta de um bip ou à espera...E não podemos avançar, não podemos ser independentes, lá está, não fazer aquilo que nós achamos mais correcto e depois também... há o outro reverso da medalha que é nós ouvirmos e que temos que fazer e não concordamos plenamente com aquilo que temos que fazer.”*. Por outro lado, os enfermeiros que consideraram que os erros mais frequentemente cometidos são nas actividades independentes defendem que eles acontecem essencialmente por falta de conhecimentos e distração: *“Porque acho que a nível das tarefas independentes voltamos à mesma coisa que é o erro por distração, o erro por desleixe, por falta de conhecimento...”*; *“Depois nas independentes eu acho que é outro tipo de erro, lá está, é o erro por falta de conhecimento, por desleixe...”*; *“Eu acho que nós cometemos mais erros nas intervenções autónomas. Só que elas não têm é o impacto que têm as interdependentes.”*

## **Discussão**

A identificação dos erros e reflexão sobre os seus determinantes e consequências por parte dos implicados, é um passo importante na construção de sistemas mais seguros e de maior qualidade.

A detecção e divulgação dos erros em medicina teve um aumento significativo a partir dos anos noventa, com estudos pioneiros publicados nos EUA que viriam a revelar o enorme impacto dos erros e os custos e consequências a eles associados (Fragata e Martins, 2004, p.19).

Apesar da crescente atenção dada por todos os sectores da sociedade, desde governantes a gestores de unidades de saúde e utentes, a verdade é que o que se conhece sobre o erro em saúde se limita a pouco mais do que casos isolados de negligência relatados na comunicação social, em que confundem termos, ignorando-se processos e contextos.

O facto de em alguns casos não ter ficado claro se o participante se referia a um erro por lapso e falha ou a um erro por violação de procedimentos, poderá ser um factor de enviesamento dos dados, uma vez que a análise se centrou apenas nas afirmações que não deram lugar a dúvida, ou que foram clarificadas durante a discussão. Esta contrariedade só foi identificada numa fase inicial da análise de dados, no decorrer da leitura flutuante das discussões.

Como já foi referido anteriormente, o facto de a moderadora e co-moderadora desempenharem funções na UCI em estudo não é identificado como um viés, uma vez que é reconhecido como uma das características da investigação qualitativa. No entanto, e por esta ter sido uma das considerações de um membro do Júri da defesa do protocolo de investigação, bem como da Comissão de Ética do Hospital, perguntou-se no final das discussões a todos os participantes, se consideravam que o facto de a moderadora e co-moderadora serem ao mesmo tempo investigadoras e colegas de trabalho teria condicionado as suas respostas. Todos os participantes responderam que não, tendo mesmo considerado na sua maioria que o facto de se tratar de colegas de trabalho facilitou a abordagem dos temas, não só por a linguagem ser do conhecimento de todos mas também por não serem pessoas estranhas à realidade em discussão.

Para Simpson (2000, p.21), os enfermeiros, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem a maior parte do seu tempo laboral com os utentes, são responsáveis por um grande número de erros potenciadores de efeitos adversos evitáveis. Esta constatação é também feita pelos enfermeiros da UCI de cirurgia cardiotorácica do HSM, ao reconhecerem que cometem inúmeros erros na sua prestação de cuidados diária. Consideram, no entanto, que embora esses erros tragam inúmeras consequências, estas não são, na sua maioria,

consequências graves para os doentes. Já no estudo desenvolvido por Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119), 64% dos enfermeiros constataram que os erros tiveram alguma consequência para os doentes. A percepção dos enfermeiros de que os erros cometidos não apresentam consequências graves para os doentes é, no entanto, corroborada por Flaateen e Hevroy (1999, p.614) e por Donchin [et al.] (2003, p.143-147) que verificaram nos seus estudos desenvolvidos em UCI's que a maioria dos erros dos enfermeiros não apresentou danos significativos para os doentes.

No que diz respeito aos erros de execução, os erros de medicação, desde a preparação à administração, são aqueles que os enfermeiros mais rapidamente referem quando lhes é perguntado quais os erros presentes na UCI, não sendo consensual que seja o erro mais cometido pelos enfermeiros. Os erros de medicação são, aliás, referidos como os erros de enfermagem mais frequentes em UCI's pelos estudos de Beckman [et al.] (1996, p.320), de Flaateen e Hevroy (1999, p.614) e de Rogerson e Tremethick (2004, p.169-175), sendo que os dois últimos autores referem que o erro de administração de terapêutica é o mais presente.

Para os enfermeiros estudados, paralelamente ao erro de preparação e administração de terapêutica, surgem os erros de comunicação, com especial evidência para os erros de comunicação entre enfermeiros, nas formas oral ou escrita. Os enfermeiros consideram que são cometidos essencialmente erros de omissão de informação escrita ou oral entre os elementos da equipa pluridisciplinar. A opinião dos enfermeiros parece ir ao encontro do que Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119) concluíram num estudo publicado em 1997 sobre o erro em enfermagem, em que constataram que os erros de comunicação eram os erros mais frequentes a seguir aos erros de execução.

Embora, em grande parte dos estudos, a dimensão da comunicação seja frequentemente relegada para segundo plano ou mesmo não mencionada quando se fala do fenómeno do erro, a análise dos dados recolhidos levou a verificar o que Henneman E. constatou no seu estudo sobre erro de enfermagem em UCI, publicado em 2007: que a comunicação é, para os enfermeiros, mais do que um factor interveniente no processo do erro, uma dimensão fundamental do próprio erro.

Henneman contrapõe à abordagem tradicional do processo do erro, uma classificação que ela chama sistémica, na qual grande parte dos erros de medicação são transformados em erros de comunicação, não só entre equipa de enfermagem, mas também entre enfermeiros e médicos, e enfermeiros e doentes.

A visibilidade atribuída pelos enfermeiros que participaram no estudo aos erros de comunicação, sendo a comunicação um dos pilares essenciais do processo de enfermagem, indica uma diferença importante na abordagem do erro por parte dos enfermeiros, quando em comparação com a classe médica. Muitos dos erros de preparação e administração de terapêutica e mesmo violação de procedimentos, parecem ter, segundo a visão destes enfermeiros, o seu fundamento em erros de

comunicação. Esta constatação, apoiada na segunda revisão bibliográfica e nos resultados obtidos, resultou na reformulação do quadro de referência II, passando o erro de comunicação (por omissão ou comissão) a ser reconhecido como um tipo de erro (figura 4), a par dos erros de planeamento, execução e violação de procedimentos, determinando a sua ocorrência.

Num estudo israelita sobre a natureza e causas de erro em UCI's, Donchin [et al.] (2003, p.143-147) concluíram que a maioria dos erros cometidos se devia a falhas de comunicação entre médicos e enfermeiros. Apesar de os resultados deste estudo não serem idênticos aos de Donchin [et al.], os enfermeiros atribuem grande importância aos erros de comunicação entre médicos e enfermeiros, embora na sua esmagadora maioria esses erros dizerem respeito a violação de procedimentos.

Os erros por violação de procedimentos são bem visíveis aos olhos destes enfermeiros, centrando-se particularmente na não satisfação de necessidades humanas fundamentais dos doentes assistidos. Não foi encontrado nenhum estudo que fizesse referência a erros por violação de procedimentos na satisfação das NHF's.

Os erros menos evidenciados pelos enfermeiros neste estudo foram os erros de planeamento, ao contrário do que se constatou num estudo brasileiro realizado numa UCI pós cirúrgica segundo o qual a fase em que ocorreu o maior número de erros foi a fase de planeamento (Chianca, 2006, p.885). No estudo realizado por Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119) já referido, os erros relacionados com o planeamento surgiram como o terceiro mais frequente, numa classificação que seguia quatro dimensões: comunicação, planeamento, intervenção e avaliação.

Como factores inerentes ao ser humano que determinam os erros, os enfermeiros na UCI estudada referem comumente que os erros de planeamento ocorrem quando há uma dificuldade de articulação de conhecimentos e insegurança, como constatado também por Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119), enquanto os erros de execução ocorrem por factores como stress, cansaço, distração, esquecimento, mecanização das acções e excesso de confiança. O stress é referido pelos mesmos autores como o principal factor determinante de erro de execução.

Como factores activos que determinam actos negligentes, os enfermeiros que participaram nestes grupos focais fizeram referência a factores como desinteresse e desmotivação, excesso de confiança, desrespeito pela identidade do doente, irresponsabilidade, falta de conhecimentos base e não actualização de conhecimentos. A desmotivação é um dos factores activos também reconhecidos pelo IOM (2007, p.40).

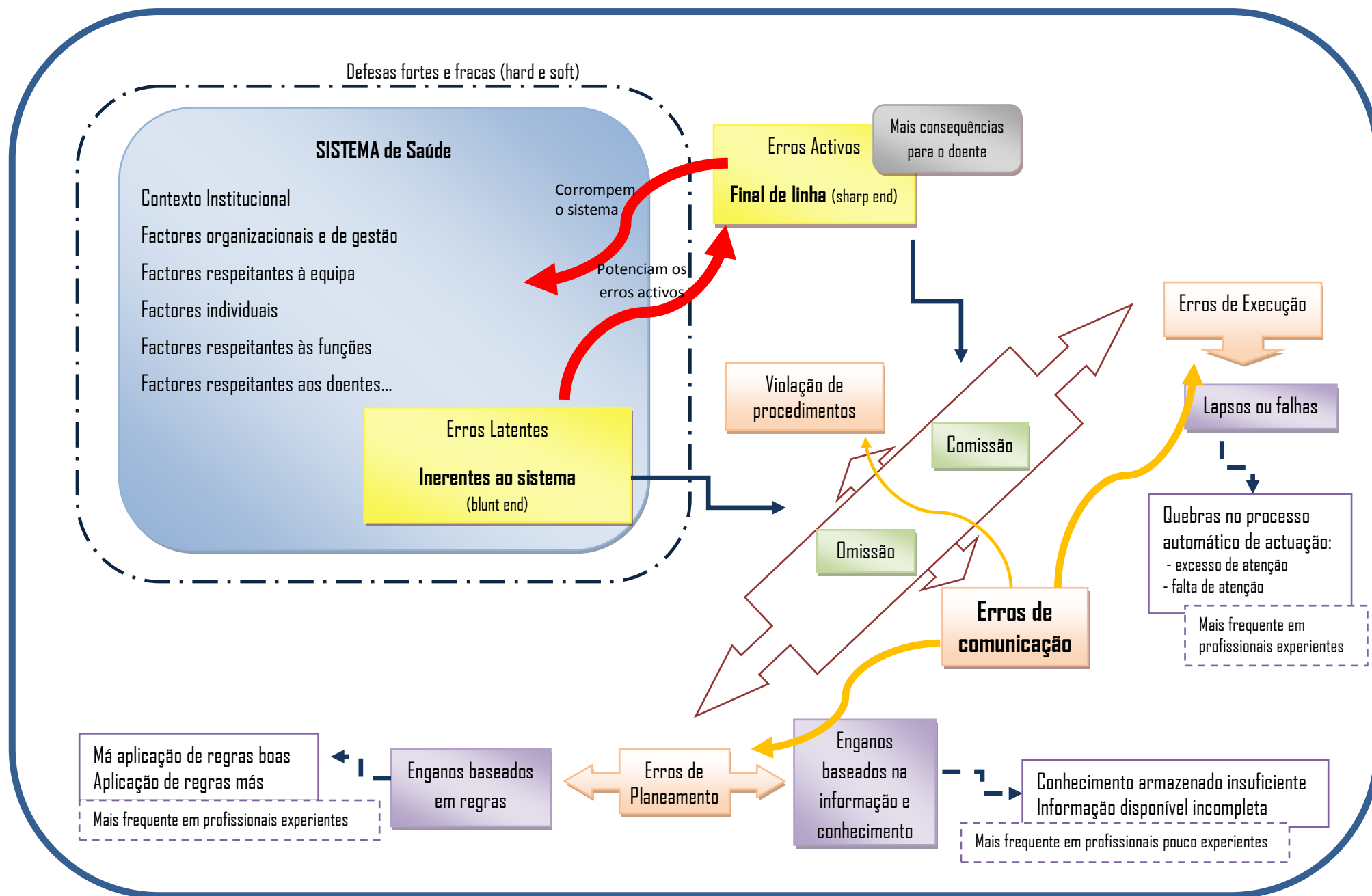


Figura 4 – Quadro de Referência III

Os factores latentes potenciadores de erro são também determinantes neste processo. Factores associados ao sistema e à cultura do serviço bem como factores físicos e materiais são, como referido por Reason (2000, p.768), determinantes do erro humano reconhecidos pelos enfermeiros desta UCI. A imprevisibilidade associada ao estado crítico do doente e factores respeitantes à equipa de enfermagem e pluriprofissional são também para os enfermeiros um factor potencial determinante de erro, corroborando a tese de Fragata e Martins (2004, p.99). A indefinição de funções de enfermagem como característica específica desta UCI é referida pela generalidade dos enfermeiros que participaram no estudo como um factor importante potenciador de erro humano.

Existe, da parte dos enfermeiros gestores, uma maior consciência da importância da visão sistémica do erro, mais do que por parte dos enfermeiros prestadores de cuidados. No entanto, são estes últimos a identificar a esmagadora maioria de factores sistémicos potenciadores de erro, centrando-se os enfermeiros gestores em factores individuais, enquanto os enfermeiros prestadores de cuidados se centram nas condições do sistema em que o indivíduo actua. Ao contrário do que defende Reason (2000, p.769), o erro é visto pelos enfermeiros gestores não como uma consequência mas como uma causa, ignorando-se que na sua génese estão não só o ser humano, mas essencialmente falhas sistémicas.

Quando falamos de consequências, os enfermeiros fazem mais referência às negativas do que às consequências positivas. Apesar de considerarem que uma situação de ocorrência de erro possa ser um momento privilegiado de aprendizagem, quer para o enfermeiro implicado, quer para a restante equipa, os enfermeiros referem sentir-se culpados, inseguros, revoltados e frustrados. Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119) constataram que a esmagadora maioria dos enfermeiros se sentiu zangado consigo próprio e culpado, aquando da identificação do erro.

Na sua relação com a equipa predominam os sentimentos de intimidação e punição, sendo que estas características, reconhecidas pelo IOM como específicas de sistemas frágeis, terão inevitavelmente um impacto relevante na segurança e qualidade dos cuidados prestados (IOM, 2007, p.40). Alguns enfermeiros referem ter apoio por parte de colegas e superiores hierárquicos quando envolvidos em situação de erro.

Apesar dos esforços manifestados pelos gestores no sentido de construir uma visão sistémica do erro, surgem nos enfermeiros prestadores de cuidados sentimentos de culpa, punição e perseguição aquando da identificação de um erro. Alguns enfermeiros assumem ocultar o erro, seu ou de outro enfermeiro, por medo e vergonha. No seu estudo, Meurier, Vincent e Parmar (1997, p.111-119) constataram também que apenas uma pequena percentagem dos casos de erro tinha sido reportado ao enfermeiro chefe e aos médicos, sendo que cerca de um terço dos enfermeiros referiu ter medo de represálias.



No que diz respeito aos efeitos adversos evitáveis, os enfermeiros pensam que estes se encontram directamente relacionados com o tipo de erro e sua gravidade. Os enfermeiros referem que em situação de erro, os utentes estão mais expostos a danos psicológicos, ansiedade, alterações multisistémicas, infecções nosocomiais e morte. Consideram ainda que pode surgir o sentimento de desconfiança em relação aos profissionais de saúde implicados e ao sistema de saúde, referida pelo IOM (2007, p.2) como uma consequência preocupante.

Os enfermeiros dão grande relevância aos desconforto físico e sentimento de vergonha associados à não manutenção da privacidade do indivíduo aquando da realização de procedimentos como prestação de cuidados de higiene e procedimentos invasivos.

Na opinião dos enfermeiros mais seniores, os elementos mais novos cometem mais enganos baseados em informação e conhecimento, enquanto os mais velhos cometem essencialmente lapsos por distração e excesso de confiança. Esta ideia parece confirmar o que defendem Fragata e Martins (2004, p.50), com a nuance de que os enganos baseados em regras que são, segundo os autores, erros comuns nos profissionais com maior experiência, não são considerados pelos enfermeiros.

Os enfermeiros consideram que nas actividades esporádicas se erra peremptoriamente por esquecimento ou desconhecimento, e nas repetitivas por excesso de confiança, resultados que sustentam a tese de Carvalho e Vieira (2002, p.266). Os erros cometidos nas actividades independentes acontecem essencialmente por falta de conhecimentos e distração, enquanto os erros nas funções interdependentes ocorrem por falhas no processo de comunicação. Donchin [et al.] num estudo publicado em 2003 sobre erros em UCI's chegou a resultados impressionantes sobre a comunicação verbal entre enfermeiros e médicos: apesar de apenas em 2% das actividades realizadas na UCI existir comunicação verbal entre as duas classes profissionais, os erros de comunicação estiveram na origem de 37% dos erros identificados.

## **Considerações finais e recomendações**

Este estudo permitiu confirmar, num grupo de enfermeiros portugueses, algumas das observações já conhecidas sobre o erro de enfermagem em contexto internacional. É um estudo pioneiro na medida em que se desconheciam, até ao momento, as representações de enfermeiros prestadores de cuidados em UCI's portuguesas sobre os erros presentes na prestação de cuidados, sua origem e consequências.

O estudo levou-nos também a reformular o nosso quadro de referência inicial com o reconhecimento do erro de comunicação como a quarta dimensão do erro em enfermagem.

Torna-se óbvio que a segurança do doente como um dos determinantes de qualidade em saúde deve ser cada vez mais uma preocupação de todos os implicados, particularmente dos enfermeiros, não só enquanto prestadores directos de cuidados mas também como gestores.

É importante que exista a consciência geral de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos sobre eles, permitindo assim encurtar o longo, mas desejável caminho a percorrer, no sentido da construção de sistemas de saúde que se conhecem realmente, e que prestam cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. A prevenção de erros deve basear-se na procura dos seus reais determinantes, que se encontram muito para além de factores individuais como competência técnica ou factores psicológicos, sendo essencial reconhecer o erro como parte integrante de qualquer sistema. Só através do conhecimento da real dimensão do fenómeno será possível intervir sobre ele, procurando minimizar a sua ocorrência, interceptando o alinhamento dos buracos do queijo suíço, criando barreiras e estratégias de protecção. A partir da janela de conhecimento agora aberta, outros estudos poderão ser feitos no sentido de procurar perceber se as representações dos profissionais que actuam no sistema são, ou não, concordantes com a real dimensão do fenómeno do erro nesta UCI.

É importante que toda a equipa de enfermagem e pluriprofissional reconheça que a visão que se tem do erro não é, ao contrário do desejável, uma visão sistémica, e que o facto de os erros serem omitidos pelos profissionais, mesmo que sejam considerados erros menores, reflecte não só um sentimento generalizado de medo como também uma posição pouco consciente e comprometida para com o sistema no qual se está envolvido.

Uma cultura de integração dos indivíduos nos processos de mudança e de partilha do conhecimento sobre o estado da arte, bem como a definição de normas e protocolos de procedimentos que definam as funções do enfermeiro de UCI poderá ser outra das estratégias de redução do erro. Existindo alguns procedimentos menos frequentes numa UCI, específicos de situações de crise como uma paragem cardiorespiratória ou a necessidade de manipulação de assistência ventricular externa, a instituição de formação específica e de sessões práticas

direccionadas pode ser uma estratégia a adoptar no sentido de minimizar os erros por falta de informação e conhecimento nestas situações estimulando, ao mesmo tempo, o investimento dos enfermeiros na sua formação e actualização de conhecimentos.

A comunicação dentro da classe, e entre médicos e enfermeiros parece ser uma dimensão importante a investigar e a ser encarada com frontalidade e coragem de identificar onde reside o problema, sob pena de nos mantermos a alimentar ciclicamente um processo que compromete a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados.

A existência de mais estudos sobre o erro clínico, e mais especificamente sobre o erro de enfermagem, permitirá uma maior maturidade de enfermeiros, clínicos, gestores, governantes e sociedade civil sobre a forma de encarar um erro que é humano, mas que resulta de uma responsabilidade partilhada, e não apenas de falhas indevidamente atribuídas a um único indivíduo.

## **Referências Bibliográficas**

NP 405-1.1995

ADAM, Evelyn – Ser enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN: 9729295867

AFONSO, Gabriela – Estratégias para a qualidade e segurança nos hospitais. In Qualidade em Saúde, nº14, Junho 2006. p.30-36

AHRQ's Patient Safety Initiative: Building Foundations, Reducing Risk. In AHRQ Publication No. 04-RG005. Dezembro 2003. Disponível em <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/>

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. (2002, September 24). Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington, DC: ANA, 1-8. Disponível em: [www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006\\_1](http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CERTIFICAÇÃO – Guia Interpretativo ISO 9001:2000. 2003.

BAILEY, Kenneth D. – Methods of Social Research. 4ª Edição. New York: The Free Press, 1994. ISBN: 0029012791

BALLARD, Karen A. –Patient Safety: A shared Responsibility. In The Online Journal of issues in Nursing. ISSN: 1091-3734. vol. 8. September, 2003. disponível em <http://www.nursingworld.org>

BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70, Lda., 2004. ISBN: 9724408981.

BECKMANN, Ursula [et al.] - The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU an analysis of the first year of reporting. In Anaesthesia and Intensive Care. 24(3). Junho 1996. p.320-329. Disponível em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks>.

BENNER, Patricia – De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972853597-X

BERWICK, Donald M.; LEAPE, Lucian L. - Reducing errors in medicine. In BMJ. 1999,319. p.136-137 disponível em [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

BOLANDER, Verolyn B.– Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica. Lusodidacta, 1998. ISBN: 9729661065

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; Kjellstrom, Tord - Basic Epidemiology. England: World Health Organization, 1994. ISBN: 92-4-154446-5

BRANNEN, Julia; PATTMAN, Rob - Work-family matters in the workplace: the use of focus groups in a study of a UK social services department. In Qualitative Research. vol 5(4). London, 2005. p.523-542.

BRENNAN Troyen A. [et al.] - Identification of adverse events occurring during hospitalization. In Annals of Internal Medicine 1990; vol.112. p.221-6.

BRITISH MEDICAL JOURNAL - An ethical dilemma, Medical errors and medical culture in BMJ. 2001. p.1236-1240 disponível em [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

BUIST, Michael; CAMPBELL, Donald - The challenge of predicting in Hospital iatrogenic deaths. In Medical Emergency Teams, Implementation and outcomes measurement.. DE VITA, M., HILLMAN, K., e BELLOMO, R. p. 32-46. Springer Science and Business Media, Inc. New York, 2006. ISBN: 10:0387279202

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia de investigação: guia para a auto aprendizagem. 2ª Edição. Lisboa: Universidade aberta, 2007. ISBN: 9789726742319

CARVALHO, Viviane; CASSIANI, Sílvia – Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. In Acta Paulista de Enfermagem. Abr-Jun 2002. Vol 15, nº2. p.45-54.

CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan – Erro médico em pacientes hospitalizados. In Jornal de Pediatria. 2002. Vol. 78, Nº4. p.261-268

CHIANCA, Tania - Nursing faults in the recovery period of surgical patients. In Revista Latino-americana de Enfermagem. 2006; 14(6). p. 879-86. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

COOPER, Dominic [et al.] - Changing personnel behavior to promote quality care practices in an intensive care unit. In Therapeutics and Clinical Risk Management, 2005. p. 321-332.

COUNCIL OF EUROPE, Committee of experts on management of Safety and Quality in health care (SP-SQS), Expert Group on Safe Medication Practices – Glossary of terms related to patient and medication safety. Outubro 2005.

CRESWELL, John W. - Research design, qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3ª Edição. USA: SAGE publications Ltd., 2008. ISBN: 978-1-4129-6556-9.

DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro – Carreira de Enfermagem

DECRETO-LEI n.º 104/98 - Código Deontológico do Enfermeiro

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. - Handbook of Qualitative Research. 3ª Edição. London: SAGE Publications, 1994. ISBN: 0803946791.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. – The landscape of Qualitative research: Theories and Issues. 2ª Edição revista. London: SAGE Publications, 2003. ISBN 0761926941

DICK, Bob - Structured focus groups [serial online] 1999. Disponível em: [http://uqconnect.net/~zzbdick/dlitt/DLitt\\_P46sfg.pdf](http://uqconnect.net/~zzbdick/dlitt/DLitt_P46sfg.pdf)

DIZ, Elisabete F. D; Gomes, Maria José A. R. – Causas de erros na medicação in Sinais Vitais – Revista de investigação nº18; Agosto 2008

DONCHIN, Yoel [et al.] - A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. In Quality and Safety in Health Care. 2003. 12. p.143–148 disponível em [www.qshc.bmj.com](http://www.qshc.bmj.com)

EDMUNDS, Holly - The Focus Group Research Handbook. American Marketing Association. McGraw-Hill Professional, 2000. ISBN 0658002481, 9780658002489

EINHORN, Hillel J. – Accepting error to make less error. In Journal of personality assessment. 1986, 50(3). p.387-395

ELLIS, Roger; WHITINGTON, Dorothy – Quality assurance in Health care, a handbook. London: EDWARD Arnold, a division of Hodder e Stanghton, 1993. ISBN: 0340552735

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES; QUIGLEY, H. [et al.] - Assuring the Quality of health Care in the European union, a case for action. In Observatory Studies Series No 12. Copenhagen, 2008. ISBN 978 92 890 7193 2

FEIN, Stephanie [et al.] - The Many Faces of Error Disclosure: A Common Set of Elements and a Definition. In Journal of General Internal Medicine. 2007;22. p.755–761

FETTER, Marilyn – Nursing mistakes, a call for unit in Medsurg Nursing, vol 10, nº3; Junho 2001, p.110-111

FLAATTEN, Hans; HEVROY, O. - Errors in the intensive care unit (ICU), Experiences with an anonymous registration in Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 1999; 43:p. 614-617 ISSN 0001-5172

FLICK, Uwe – An introduction to qualitative research . SAGE Publications . 3ª Edição. Londres, 2006. ISBN: 101412911451

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação, da concepção à realização. Lusociencia. Loures, 1999. ISBN: 972838310-X

FRAGATA, José; MARTINS, Luís - Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade – Livraria Almedina. Coimbra, 2004. ISBN: 9724023478

FRANÇA, Margarida – Qualidade e Segurança do doente na ordem do dia in Qualidade em saúde nº13. Dezembro 2005. p.23-25 disponível em [www.iqs.pt/pdf/Dezembro-2005/13-23-25.pdf](http://www.iqs.pt/pdf/Dezembro-2005/13-23-25.pdf)

GOLDIM, José R. - Conflitos de interesse e suas repercussões na ciência. In Revista Brasileira de Psiquiatria. vol.28 no.1. São Paulo, Março, 2006. ISSN 1516-4446. p.1

GRUDENS- HUCK, Nancy; ALLEN, Beverlyn L.; LARSON Kathlene - Focus Group Fundamentals. In Methodology Brief PM 1969b. Maio 2004 disponível em [www.extension.iastate.edu](http://www.extension.iastate.edu)

GUI, Roque – Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjectividade e construção de sentido in rPOT, vol 3 – nº1. 2003; p.135-160

HENNEMAN, Elizabeth - Unreported Errors in the Intensive Care Unit. A case study of the way we work in Critical care nurse. Vol. 27. Nº5. Outubro 2007. p.27-34

HUBERMAN, A. Michael e MILLES, Matthew B. – Data Management and analysis Methods. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN Yvonna S. – Handbook of Qualitative Research. London: SAGE Publications, 1994. p. 428-444. ISBN: 0803946791

INSTITUTE OF MEDICINE: Keeping Patients Safe, Transforming the work environment of nurses. National Academy Press. Washington, 2004. ISBN: 0309090679

INSTITUTE OF MEDICINE: To err is human: building a safer health system. Summary. 1999

INSTITUTE OF MEDICINE: To err is human: building a safer health system. National Academy Press. Washington, 2000. ISBN: 0309068371

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – Anuário Estatístico de Portugal. Destaque do INE, Dezembro, 2008. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – Indicadores Sociais 2007. Lisboa, 2008. ISBN 978 -972-673-960-9 Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – Resultados definitivos: As Causas de Morte em Portugal 2000. Destaque do INE, Janeiro 2002. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INSTITUTO QUALIDADE EM SAÚDE – Declaração de Luxemburgo sobre a segurança dos doentes, Segurança dos doentes, torná-la uma realidade in Qualidade em saúde nº13. Dezembro 2005. p.21-22 disponível em [www.iqs.pt/pdf/Dezembro-2005/13-21-22.pdf](http://www.iqs.pt/pdf/Dezembro-2005/13-21-22.pdf)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES– Medication errors in Nursing Matters disponível em <http://www.icn.ch/matters.htm>

KOSNIK, Linda; BROWN, Jeff; MAUND, Tina – Patient safety, learning from the aviation industry in Nursing management, Janeiro, 2007. 38(1) p.25-30 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17206092>

LAKATOS, Eva.M., MARCONI, Marina de A. - Metodologia do Trabalho Científico. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1994. ISBN: 85-224-0859-9

LAKATOS, Eva.M., MARCONI, Marina de A. – Técnicas de Pesquisa. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996. ISBN: 85-224-1419-x

LAST, John M. - Um dicionário de Epidemiologia. 2ª Edição. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal; 1995. ISBN: 9726750385

LEAPE Lucian - A system analysis approach to medical errors. In COHEN Michael - Medication errors: causes, prevention and risk managment. Washington: American Pharmaceutical Association, 1999. p.1-14. ISBN: 978-0763712716

LEGIDO-QUIGLEY, Helena [et al.] - Assuring the quality of health care in the european union. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. ISBN: 9789289071932

LEI n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro - Regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas

LEWIS, Melinda - Focus Group Interviews in Qualitative Research: A Review of the Literature. In Action Research E-Reports, 2. 2000. Disponível em: <http://www.fhs.usyd.edu.au>

MAROCO, João - Análise Estatística com utilização do SPSS. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN: 978-972-618-452-2.

MEURIER C.E.; VINCENT C.A.; PARMAR D.G - Learning from errors in nursing practice. In Journal of Advanced Nursing, 26, 1997. p.111-119

NP405-1. 1995, Informação e Documentação. Lisboa: IPQ 46p.

NUNES, Lucília – Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Obra sem data. Disponível em [http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/PerspectivaEticaRisco\\_cuidados%20seguros\\_LN.pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf)

OOTIM, Bissoondial – Error making and nursing. In Nursing Management vol.8, nº10. Março 2002. p.24-27. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11917608>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tomada de posição sobre segurança do doente. Junho 2006. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

ORDEM DOS ENFERMEIROS: Erros de medicação. A Enfermagem conta, 2008. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

ORDEM ENFERMEIROS – Dados Estatísticos 2000-2007. Abril 2007.

PADILHA, Katia G. - Ocorrências iatrogénicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Análise dos Factores Relacionados. In Revista Paulista de Enfermagem, 2006; 25(1): p.18-23. disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

PADILHA, Katia G. - Ocorrências iatrogénicas em UTI e o enfoque de qualidade. In Revista Latino americana de Enfermagem. 2001 setembro-outubro; 9(5):p.91-66 disponível em [www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf)

PHIPPS Wilma J. [et al.] – Enfermagem Medico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica, volume I – Tomo I. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 9729661006

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – Investigación Científica en ciencias de la salud. 3ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana, 1987. ISBN: 0-397-54631-9

POTTER, Patricia; PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de enfermagem. 6ª Edição. São Paulo: editora Elsevier, 2006. ISBN: 85352167746

REASON, James – Human error. 13ª Edição. New York: Cambridge University Press, 1990. ISBN: 0521314194

REASON, James – Human error: models and management. In BMJ, 2000; 320: p.768-770

ROGERSON, William T.; TREMETHICK, Mary J. - Turning the Tide on medical errors in intensive care units, a human factors approach. In Dimensions of Critical care Nursing. Vol 23. Nº4. Julho/Agosto, 2004: p.169-175

ROSA, Mário B.; PERINI Edson – Erros de Medicação, Quem foi? In Revista Associação Médica Brasileira. 2003; 49(3): p.335-41

ROTHMAN, Keneth J. – Modern Epidemiology. 7ª edição. Boston: Little, brown and Company, 1986. ISBN: 0316757764

ROTHMAN, Keneth J.; GREENLAND Sander; LASH Timothy L. – Modern Epidemiology. 3ª Edição. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2008. ISBN: 139780781755641

SILVERMAN David - Qualitative Research, A Practical Handbook. London: Sage Publications. 2000. ISBN: 1412901979

SIMPSON, Roy L. – Stop the rise in nursing errors – systematically. In Nursing Management. Novembro 2000: p.21-22 disponível em [www.nursingmanagement.com](http://www.nursingmanagement.com)

SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet - Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos. 4ª Edição. Lisboa: Lusociencia, 2001. ISBN: 9728383525

BOLANDER, Verolyn; SORENSEN, Karen; LUCKMANN, Joan - Enfermagem Fundamental. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 9729661065

THE JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - Accreditation Program: Hospital National Patient Safety Goals. 2008

VAN LERBERGHE, Wim [et al.] – Professional Culture and Institutional Response. Implications for a Portuguese National strategy. In Arquivos de Medicina, 17. 2003. ISSN: 08713413

VINCENT, Charles [et al.] - How to investigate and analyze clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. In BMJ 2000;nº 320: p. 777–781 disponível em [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

WEBB, R. [et al.] - The australian incident monitoring study: an analysis of 2000 incident reports. In Anaesthesia and Intensive Care, vol.21, nº5 Outubro, 1993: p.520-528 disponível em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, 2008. Disponível em [www.who.org](http://www.who.org)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Patient safety workshop, Learning from error. 2008. Disponível em [www.who.org](http://www.who.org)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Copenhagen, 2008. Disponível em [www.who.org](http://www.who.org)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - World alliance for patient safety, forward programme 2005. Copenhagen, 2005.ISBN: 9241592443. Disponível em [www.who.org](http://www.who.org)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Report 2000, Health Systems Improving Performance. Copenhagen, 2000. ISBN 92 4 156198 X. disponível em [www.who.org](http://www.who.org)

YIN, Robert K. - Case Study Research, Design and Methods. 2ª Edição. USA: SAGE Publications, 1994. ISBN: 0803956622

YIN, Robert K. - Case Study Research, Design and Methods. 3ª Edição. USA: SAGE Publications, 2003. ISBN: 0761925538



## **SITES e BASES DE DADOS CONSULTADOS (em diversas datas)**

**American Association of Critical care nurses:** <http://www.aacn.org>

**American Nurses Association:** [www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org)

**Biblioteca do conhecimento online:** <http://www.b-on.pt>

**Biblioteca Nacional de Portugal:** <http://www.bnportugal.pt/>

**Biblioteca Nacional Digital:** <http://bnd.bn.pt/>

**Biomed Central:** <http://www.biomedcentral.com/home/>

**BMJ :**<http://www.bmj.com>

**Centro de Documentação da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa:**  
<http://www.ensp.unl.pt/cdiweb/home.htm>

**Centro de Documentação Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo Artur Ravara:** <http://biblio.esear.pt>

**Centro de Documentação Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo Francisco Gentil:**  
<http://biblioteca.esefg.pt>

**Centro de Documentação Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo M<sup>a</sup> Fernanda Resende:**  
<http://biblio.esemfr.pt/>

**Ebsco Host:** <http://web.ebscohost.com>

**Institute of Medicine:** <http://www.iom.edu/>

**Instituto Nacional de Estatística:** [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

**International Council of Nurses:** <http://www.icn.ch/>

**North American Nursing Diagnosis Association International:** <http://www.nanda.org/>

**Ordem dos Enfermeiros:** <http://www.ordemenfermeiros.pt>

**Patient safety and quality health care:** <http://www.psqh.com/>

**Portal da Saúde pública:** <http://www.saudepublica.web.pt>

**Portal da saúde:** <http://www.portaldasaude.pt>

**Pubmed Central:** <http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html>

**Recursos humanos da saúde:** [http://www.recursohumanos.min-saude.pt/Rec\\_Human\\_Saude/Dados\\_Estat/](http://www.recursohumanos.min-saude.pt/Rec_Human_Saude/Dados_Estat/)

**SciELO - Scientific Electronic Library Online:** <http://www.scielo.org>

**SciELO Portugal:** <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>

**Sociedade portuguesa de cuidados intensivos:** <http://www.spci.org>

**World Health Organization:** <http://www.who.int>

## Anexos

**NOTA:** O título da dissertação bem como os objectivos geral e específicos que constam dos anexos não se encontram formulados de acordo com o que é apresentado na dissertação. Este facto justifica-se pelo pedido feito pela mestranda ao Conselho de Mestrado, na pessoa da Prof. Dra. Sónia Dias em suprimir do título e dos objectivos a referência à especialidade da UCI, uma vez que em nenhum momento ao longo da dissertação é feita referência a especificidades de uma UCI cardiorácica. Assim, esta referência passou do título para o subtítulo e foi suprimida dos objectivos. Este pedido foi apresentado a 14 de Dezembro de 2009 e aprovado a 21 de Dezembro de 2009.

## **I. Carta de pedido de colaboração**

Lisboa, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a)

No âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa, pretendo desenvolver neste serviço, entre os meses de Março e Abril do presente ano, a fase de colheita de dados da dissertação: “O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de cirurgia cardiotorácica – estudo de caso sobre as representações dos actores de um Hospital Português”, **e a sua colaboração é indispensável!**

Estima-se que em Portugal existirão entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas que prestam cuidados médicos, mais mortes do que por acidente de viação, 1145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) 873 em 2006 (Fragata e Martins, 2004; p.30).

Para efeitos deste estudo entende-se por *erro* “ a ocasião em que uma sequência planeada de actividades físicas ou mentais não consegue atingir o resultado pretendido, não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso” (Reason, 1990, citado por SP-SQS, 2005; p.4), e por *iatrogenia* “qualquer condição indesejável que ocorra num doente como resultado do tratamento por um profissional de saúde” (JCAHO, 2002, citado pelo SP-SQS; p.6).

Vários autores afirmam que os enfermeiros são responsáveis por um maior número de efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem a maior parte do tempo com os utentes. Entende-se por *efeito adverso evitável* “um dano inesperado causado por cuidados médicos e não por um processo de doença” (Michel, 2004, citado pelo SP-SQS; p.9).

A complexidade das funções desempenhas, o stress, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados intensivos são factores indutores de erros humanos e do sistema.

É uma evidência que os cuidados de enfermagem estão inevitavelmente envolvidos na *segurança dos doentes*, definida pelo SP-SQS (2005, p.8) como “ a liberdade de danos acidentais durante o curso dos cuidados médicos; actividades que evitem, previnam ou corrijam os resultados adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde; a identificação, análise e gestão de incidentes e riscos para o utente, de modo a tornar os cuidados mais seguros e minimizar os danos aos utentes.”

Este é um estudo qualitativo, através do qual procuraremos compreender o fenómeno do erro de enfermagem numa UCI dando voz aos actores directamente envolvidos. O método a ser seguido será o estudo de caso, pretendendo-se conhecer em profundidade o fenómeno em estudo.

Tem como objectivos:

### **Objectivo geral**

Até Setembro de 2009, conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos, adultos e

crianças, submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica e internados numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácica”;

**Objectivos Específicos:**

1. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardiotorácica num Hospital português sobre *a presença ou ausência de erros* na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
2. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardiotorácica num Hospital português sobre *quais* os erros que ocorrem na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
3. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardiotorácica num Hospital português sobre *o(s) período(s) do dia* em que esses erros ocorrem;
4. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardiotorácica num Hospital português sobre *o(s) período(s) do internamento* em que esses erros ocorrem;
5. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardiotorácica num Hospital português sobre as *causas* de erro na prestação de cuidados aos indivíduos internados;
6. Obter as representações dos enfermeiros de uma UCI cardio-torácica num Hospital português sobre as *consequências* dos erros de enfermagem que ocorrem na prestação de cuidados aos indivíduos internados.

A colheita de dados será feita com recurso ao grupo focal, uma técnica que tem como principais objectivos conhecer a percepção dos indivíduos sobre o fenómeno em estudo, através do conhecimento das suas experiências, opiniões e atitudes, num ambiente não controlado e proporcionar, em pequenos grupos, uma discussão de ideias pessoais focalizada no tema.

Os grupos focais serão conduzidos por um moderador (Enf<sup>a</sup> Ana Mansoa) e por um co-moderador (Enf<sup>a</sup> Mónica Rodrigues), e deverão ter uma duração média de uma a duas horas. As discussões serão gravadas em formato áudio digital que servirão de base à posterior análise de conteúdo. A unidade de análise será o próprio grupo e não o indivíduo no grupo, sendo as opiniões ou ideias referidas como do grupo. A constituição dos grupos de discussão terá como critério a formação das equipas de trabalho, com excepção dos chefes de equipa e elementos com cargos de gestão que constituirão dois outros grupos, de forma a evitar uma possível inibição dos participantes na expressão de opinião.

Os dados em bruto recolhidos em formato áudio não serão reproduzidos nem disponibilizados a nenhuma outra entidade que não o responsável pelo estudo, e serão guardados numa base de dados protegida por uma palavra passe apenas acessível à investigadora. Os dados da caracterização socioprofissional serão guardados num lugar seguro durante o período do estudo, após o qual serão destruídos.

Se tiver alguma dúvida ou questão a colocar não hesite em contactar-me.

Em anexo segue o consentimento informado que deverá ler atentamente e assinar caso aceite colaborar no estudo.

**Obrigada pela atenção dispensada!**

## II. Consentimento informado

## Consentimento informado

**Autora do estudo:** Enfermeira Ana Mansoa, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre

Este documento visa solicitar a sua participação na fase de colheita de dados da dissertação: “O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de cirurgia cardiotorácica – estudo de caso sobre as representações dos actores de um Hospital Português”, que tem como objectivo geral:

Até Setembro de 2009, conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos, adultos e crianças, submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica e internados numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácica”;

É-lhe ainda solicitada a autorização para que o conteúdo da discussão no grupo focal seja gravado em formato áudio para posterior análise e tratamento dos dados.

Através deste documento são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1 - Solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação;
- 2 - Sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal;
- 3 - Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- 4 - Opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5 - Desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Informado’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar no estudo.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Participante: \_\_\_\_\_

A autora do estudo: \_\_\_\_\_

### **III. Guião de Grupo Focal**



## Guião de Grupo Focal

### Introdução (+/- 15 min)

- Esclarecimento de dúvidas
- Entrega da cópia do consentimento informado
- Relembrar o objectivo do estudo
- Relembrar as regras da discussão de grupo
  - É importante ouvir a opinião de todos;
  - É essencial não falar em simultâneo de modo a tornar perceptível o conteúdo das gravações;
  - Deve-se evitar discussões paralelas de modo a assegurar que todos participam
  - A constituição dos grupos teve como critério a constituição das próprias equipas de trabalho, sendo constituído um grupo com os chefes de equipa e outro com os elementos com cargos de gestão, de forma a evitar uma possível inibição dos participantes na expressão de opinião
  - O moderador desempenhará um papel de facilitador do processo de discussão
  - Os grupos focais deverão ter uma duração média de uma a duas horas

### “Warm up” (+/- 15 min)

- Nome, idade, tempo de exercício, área de actuação etc. *(dispensa-se esta caracterização uma vez que o investigador conhece os participantes assim como estes entre si)*
- Introdução ao tema
  - Quadro de referência *(será distribuído um documento com o quadro de referência que será explicado pelo moderador)*

### Temas de Discussão (+/- 60 min)

- **Ocorrem erros** na prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos internados nesta UCI?
- **Quais** os erros cometidos pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados aos indivíduos internados nesta UCI? **Porque** ocorrem esses erros?
  - As diferentes fases do processo de Enfermagem (planeamento, execução, avaliação, comunicação)
  - Funções independentes, dependentes e interdependentes
  - Unidade de pediatria, unidade de adultos, unidade de transplantes
  - Doentes no pós-operatório (14h-48h), doentes com internamentos mais longos
  - Erro humano
  - Factores físicos, ambientais

- Normas, procedimentos, políticas
- Unidade de pediatria, unidade de adultos, unidade de transplantes
- Doentes no pós-operatório (14h-48h), doentes com internamentos mais longos
- Planeamento do trabalho
- Tipo de actividades (repetitivas, esporádicas)
- Funções independentes, dependentes e interdependentes
- Em que **período(s) do dia** os erros são cometidos? **Porquê?**
  - Distribuição das actividades pelo dia
  - Que turnos, dias da semana, partes do dia
  - Dinâmica do serviço
- Em que **período(s) do internamento** os erros são cometidos? **Porquê?**
  - Pós-operatório imediato (primeiras 24h)
  - Pós-operatório tardio
- Quais as **consequências** dos erros para os **doentes**? Qual a sua **magnitude**?
  - Diferentes dimensões: Físicas, emocionais, económicas, sociais...
  - Família
  - Doente cirúrgico
  - Doente cardíaco
  - Transplante pulmonar/cardíaco
- Quais as **consequências** dos erros para os **enfermeiros**? Qual a sua **magnitude**?
  - Enfermeiro implicado
  - Relação enfermeiro – doente e doente-enfermeiro
  - Relação enfermeiro – equipa e equipa-enfermeiro
- Considera que o facto de a moderadora e co-moderadora serem colegas de trabalho condicionou a discussão?
- Preenchimento da ficha de caracterização socioprofissional

## **IV. Caracterização socioprofissional dos participantes**

## Caracterização sócio profissional dos participantes

### Sexo

1	F	
2	M	

### Grupo etário

Grupo etário	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Idades	≥20 - <25	≥25 - <30	≥30 - <35	≥35 - <40	≥40 - <45	≥45 - <50	≥50 - <55	≥55 - <60	≥60 - <65

### Senioridade na UCI (anos)

1	2	3	4	5	6
<2 anos	≥2- <6 anos	≥6- <9 anos	≥9- <12 anos	≥12- <15 anos	≥15 anos

### Vínculo à instituição

1	Contrato tempo indeterminado	
2	Contrato termo resolutivo certo	
3	Contrato termo resolutivo incerto	
4	Vínculo definitivo	

### Área(s) de Actuação

1	Prestação de cuidados	
2	Gestão	

### Grau de Formação

1	2	3	4
Bacharelato	Licenciatura	Especialidade	Outro

### Trabalha em regime de turnos?

1	SIM	
2	NÃO	

### Têm múltiplo emprego?

1	SIM	
2	NÃO	

Por favor assinale com uma cruz (X) a(s) opção(opções) que considerar adequada(s)

Obrigada!

## **V. Carta de pedido de colaboração – estudo piloto, pré-teste**

Lisboa, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a)

No âmbito do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa, encontro-me a desenvolver, entre Outubro de 2008 a Setembro de 2009 a dissertação para obtenção de grau de mestre: *“O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de cirurgia cardiotorácica – estudo de caso sobre as representações dos actores de um Hospital Português”*.

É um estudo qualitativo, e tem como objectivo geral conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos, adultos e crianças, submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica e internados numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácica.

O método a ser seguido será o estudo de caso, pretendendo-se conhecer em profundidade o fenómeno em estudo e a colheita de dados decorrerá entre os meses de Março e Maio de 2009, com recurso à técnica de grupo focal.

Antes da colheita de dados, e como preparação final para essa etapa, é fundamental a condução de estudo(s) piloto(s). O estudo piloto é um momento formativo que serve para aperfeiçoar a colheita de dados no que diz respeito ao conteúdo e aos procedimentos a ser seguidos. Servirá ainda para identificar e ultrapassar eventuais dificuldades impostas pelo facto de o moderador e co-moderador não terem experiência de condução de grupos focais.

O facto de ser solicitada a sua colaboração nesta fase do estudo teve em conta critérios como a conveniência, a proximidade geográfica e o facto de ser do meu conhecimento que o Sr(a). Enf(a). desempenha funções de prestação de cuidados numa unidade de cuidados intensivos.

O estudo piloto será moderado pela mestranda e co-moderado pela Enfermeira Mónica Rodrigues. Será solicitada a presença da Dra. Isabel Craveiro e/ou da Prof. Dra. Sónia Dias, docentes do mestrado nas áreas de investigação qualitativa, a quem será solicitado o seguimento das discussões com o objectivo de criar consensos relativamente à forma e ao conteúdo dos grupos focais. Terá lugar no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa entre os meses de Fevereiro e Março próximos.

Conto com a sua colaboração!

Se tiver alguma dúvida ou questão a colocar não hesite em contactar-me.

Em anexo segue o consentimento informado que deverá ler atentamente e assinar caso aceite colaborar nesta fase do estudo.

Muito obrigada!

---

Ana Mansoa  
amansoa@ihmt.unl.pt  
anamansoa@yahoo.com

## **VI. Consentimento informado – estudo piloto, pré-teste**

## Consentimento informado

**Autora do estudo:** Enfermeira Ana Mansoa, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

Este documento visa solicitar a sua participação no estudo piloto da dissertação: “O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de cirurgia cardiotorácica – estudo de caso sobre as representações dos actores de um Hospital Português”, que tem como objectivo geral:

Até Setembro de 2009, conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos, adultos e crianças, submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica e internados numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácica”.

Através deste documento são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1 - Solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação;
- 2 - Sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal;
- 3 - Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- 5 - Desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Informado’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar no estudo.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Participante: \_\_\_\_\_

A autora do estudo: \_\_\_\_\_



## **VII. Quadro sinóptico – variáveis atributo**

## Quadro sinóptico. Variáveis atributos

Caracterização socioprofissional	Nome da variável	Definição/descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida e gama de valores
	GETARIO	Grupo etário participante	Qualitativa	Ordinal 1 - $\geq 21$ - $< 25$ 2 - $\geq 25$ - $< 30$ 3 - $\geq 30$ - $< 35$ 4 - $\geq 35$ - $< 40$ 5 - $\geq 40$ - $< 45$ 6 - $\geq 45$ - $< 50$ 7 - $\geq 50$ - $< 55$ 8 - $\geq 55$ - $< 60$ 9 - $\geq 60$ - $< 65$
	SEXO	Sexo do participante	Qualitativa	Nominal dicotómica 1-Masculino 2- Feminino
	SEN	Senioridade de exercício profissional na UCI	Qualitativa	Ordinal 1 - $< 2$ 2 - $\geq 2$ - $< 6$ 3 - $\geq 6$ - $< 9$ 4 - $\geq 9$ - $< 12$ 5 - $\geq 12$ - $< 15$ 6 - $\geq 15$
	ACTUA	Área de actuação no serviço	Qualitativa	Nominal dicotómica 1 - Prestação cuidados 2 - Gestão
	FORMAC	Grau de formação profissional	Qualitativa	Ordinal 1 - Bacharelato 2 - Licenciatura 3- Especialidade 4-Outro
	VINC	Vínculo à instituição	Qualitativa	Nominal 1-termo indeterminado 2-termo resolutivo certo 3 -termo resolutivo certo 4 -vínculo definitivo
	TURN	Trabalha por turnos?	Qualitativa	Nominal 1-Sim 2-Não 3-Não sabe/Não responde
	MULTEMP	Tem múltiplo emprego?	Qualitativa	Nominal 1-Sim 2-Não 3-Não sabe/Não responde

## **VIII. Parecer da Comissão de Ética do HSM**



## COMISSÃO de ÉTICA

HOSPITAL SANTA MARTA  
Rua de Santa Marta, 1169-024 Lisboa

Tel. 21- 3594000

Fax: 21- 3560368

*Isidro Faustino*  
Enfermeiro Director Adjunto

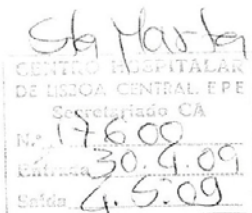
### PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Reunida, no dia 16/04/2009, a Comissão de Ética do Hospital de Santa Marta pronunciou-se sobre:

<b>Tema do Estudo/Projecto</b>	O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados na UCI de Cirurgia CardioTorácica - Estudo de caso sobre as representações dos actores de um Hospital Português.		
<b>Investigador(s)</b>	Enf.ª Ana Manso	<b>Coordenador</b>	Não identificado
<b>Instituição</b>	Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa CHLC - Hospital Santa Marta	<b>Área</b>	Enfermagem
<b>Tipo de Estudo</b>	Dissertação baseada em Estudo Qualitativo	<b>Âmbito Académico</b>	Mestrado em Saúde e Desenvolvimento
<b>Serviço(s) a realizar</b>	UCI de Cirurgia CardioTorácica	<b>Autorização do(s) Director(es)</b>	Sim
<b>Objectivos:</b>	Pretende conhecer as representações dos enfermeiros de um Hospital português, sobre o erro em enfermagem, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados a indivíduos (percepção dos indivíduos) adultos e crianças, submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica e internados numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia CardioTorácica.		
<b>Instrumentos</b>	Guião de grupo focal	<b>Amostra</b>	Enfermeiros em exercício de funções na UCI de CardioTorácica
<b>Procedimentos de Colheita Dados</b>	Técnica de grupo focal,	<b>Consentimento Informado</b>	Sim
<b>Decisão:</b>	Parecer Favorável por todos os presentes.		
<b>Recomendações:</b>	Considera-se que o facto de a moderadora e co-moderadora serem colegas de trabalho dos participantes no estudo poderá condicionar os resultados. No entanto, dado que esse facto consta dos temas de discussão, será tido em conta, pelo que não constitui impedimento para a realização deste Estudo.		

**Presidente:** Dr.ª Ana Maria Marques N. F. A. Agapito - Ass. Hosp. Grad. de Cardiologia ☒  
**Vice-presidente:** Dr. Manuel F. Rodrigues de Sousa - Ass. Hosp. Graduado de Med. Interna ☒  
**Vogais:** Dr.ª Mª Emília Mendes Galinha Ferreira Fonseca - Ass. Hosp. Grad. de Cir. Vascular ☒  
 Enf.ª Armandina Carmo Antunes - Enf.ª Chefe do Serviço Pneumologia ☒  
 Dr.ª Nélia Gonçalves Rebelo da Silva - Assessora Saúde - Psicologia ☒  
 Dr.ª Mª Manuela M. R. Vicente - Assessora Principal de Saúde - Farmácia ☒  
 Padre Victor Feytor Pinto - Teólogo ☒  
 Dr. Jorge Loureiro Mendes - Jurista ☐  
 Dr. Paulo Larcher das Neves - Administrador Hospitalar ☐

Lisboa, 30 de Abril de 2009



A Presidente da Comissão

(Ana Maria Figueiredo Agapito, Dr.ª)